UNIVERSITÉ DE GENÈVE
Département de psychiatrie

FACULTÉ DE MÉDECINE
Professeur André HAYNAL

LES ASPECTS PSYCHOSOMATIQUES DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES

THÈSE

présentée à la faculté de médecine
de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Urs SPILLMANN
de
Neerach (Zürich)

Thèse N° 3650

GENÈVE
Imprimerie Nationale
1978

UNIVERSITÉ DE GENÈVE
Département de psychiatrie

FACULTÉ DE MÉDECINE
Professeur André HAYNAL

LES ASPECTS PSYCHOSOMATIQUES DE LA SCLÉROSE EN PLAQUES

THÈSE

présentée à la faculté de médecine
de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Urs SPILLMANN
de
Neerach (Zürich)

Thèse N° 3650

GENÈVE
Imprimerie Nationale
1978

La Faculté de médecine, sur le préavis de professeur André Haynal, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 6 février 1978

Le vice-doyen :
André Cruchaud

Thèse N° 3650

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance au professeur André Haynal, directeur du Centre Psycho-Social Universitaire de Genève, dont les conseils et l'intérêt pour ma thèse ont été très stimulants, ainsi qu'au Dr Paul Hermann, qui m'a aidé au début de mon travail.

Je remercie aussi le professeur Gérard Gauthier, directeur de la Clinique Universitaire de Neurologie de Genève, le Dr Hugues Maystre, et le Dr Pierre Messerli, grâce à qui j'ai pu examiner des malades hospitalisés à la Clinique de Neurologie et utiliser des données cliniques concernant ces patients.

Que ces malades atteints de sclérose en plaques aient consenti à me parler d'eux, a rendu ce travail possible et enrichissant pour moi. Je les remercie particulièrement.

A MES PARENTS

TABLE DES MATIERES

A. Revue de la littérature : ..... p. 1

1. Etudes psychiatriques de séries de malades atteints de S.E.P.
2. Appréciation de la détérioration intellectuelle par des tests psychométriques.
3. Tests de personnalité
   a) Tests projectifs
   b) Questionnaires
4. Problèmes psychosomatiques
5. Psychothérapie
   a) Expériences dont les présupposés théoriques ne comptent pas avec un facteur psychosomatique
   b) Propositions thérapeutiques à implication causale psychomatique

B. Observations ..... p. 29

C. Le problème psychosomatique de la S.E.P. : ..... p. 60

1. L'euphorie
2. La personnalité du polyscléreux
3. Contexte émotionnel précédant la poussée de S.E.P.
4. La portée d'une conception psychosomatique de la S.E.P.

D. Résumé ..... p. 83

Bibliographie

A. REVUE DE LA LITTERATURE

I. ETUDES PSYCHIATRIQUES DE SERIES DE MALADES ATTEINTS DE S.E.P.

Par l'observation de grandes séries de malades atteints de SEP, il a été tenté de systématiser leur symptomatologie psychiatrique.

L'article de Mönkemöller (1922) nous paraît représentatif des études plus anciennes. Mönkemöller résume la littérature antérieure et rapporte ses propres observations de polysclérotiques hospitalisés en clinique psychiatrique. Les manifestations démentielles sont les plus répandues. Il n'existe pas de différence qualitative entre la démence due à la SEP et d'autres formes, mais la première se distingue par une euphorie et une labilité thymique hors proportion avec la démence souvent peu avancée. L'élation de l'humeur est "plus douce et confortable que l'euphorie éblouissante et démesurément exagérée des paralytiques". Pour ce qui est des hallucinations et des idées délirantes, "il s'en amasse de toutes sortes, qui ne sauraient être intégrées cliniquement en une conception unique". Les manifestations psychopathologiques sont déjà prononcées à un stade où les symptômes physiques ne font pas encore ressortir le diagnostic de S.E.P. La coïncidence avec l'hystérie est souvent remarquée, et l'auteur cite des cas où des symptômes neurologiques sont apparus en réaction à des événements biographiques, ont été méconnus comme symptômes hystériques, et ont même répondu favorablement à l'hypnose.

Nous trouvons donc chez Mönkemöller déjà tous les thèmes qui intéresseront la recherche ultérieure :

1) la qualité et le degré de la détérioration intellectuelle,
2) le polymorphisme des manifestations psychotiques,
3) l'altération particulière de l'humeur,
4) l'existence de symptômes hystériques qu'on ne peut différencier clairement de la maladie neurologique, ce qui soulève la question d'une participation du vécu relationnel dans l'évolution de cette dernière.

Cottrell et Wilson (1926) étudient les caractéristiques thymiques de la S.E.P. à partir de constatations faites par les malades eux-mêmes. A 100 patients pour la majeure partie hospitalisés, ils soumettent un questionnaire comportant 48 questions du genre : "Vous sentez-vous constamment gai ou heureux ? Votre humeur est-elle fluctuante ou susceptible de durer un certain temps ? Avez-vous un sentiment corporel de bien-être ou de contentement ? Votre expression extérieure est-elle un indice sur votre sentiment interne ? etc". Selon les réponses, l'humeur prédominante est gaie chez 63 % des patients ("euphoria sclerotica"), déprimée chez 10 %, variable chez 25 % et indifférente chez 2 %. 84 % sont devenus plus optimistes ("spes sclerotica") depuis le début de la maladie et 10 % plus pessimistes. Chez 84 % se trouve un sentiment de bien-être corporel ("eutonia sclerotica")

contre 6 % de malaise corporel. Dans 98 % des cas il y a eu un changement de l'humeur, 97 % ont, depuis le début de la maladie, plus de difficultés à contrôler l'humeur. Les auteurs constatent de leur côté une expression constamment souriante ou riante dans 71 %, sourires et rires à côté de pleurs dans 19 % des cas. Ils estiment que dans 34 % il y a congruence entre expression émotionnelle et sentiment, et incongruité dans 48 %. Une détérioration intellectuelle ne se manifeste que dans 2 cas sur 100. Contrastant ainsi le vécu subjectif des malades tel qu'il est exprimé par le questionnaire à leur propre subjectivité d'observateurs, les auteurs estiment pouvoir affirmer que, pour la S.E.P. "les symptômes cardinaux ne sont pas neurologiques au sens strict, mais appartiennent à la sphère émotionnelle, affective et viscérale, et sont constitués par
1) changement de l'humeur, 2) changement du sentiment corporel, 3) changement de l'expression et du contrôle émotionnels". Ils "associent cette invasion de la sphère affective avec le fait pathologique connu que la maladie présente presque toujours une extension subépendymale périventriculaire, et l'intégrité relative des facultés intellectuelles avec la conservation relative du cortex, sauf, en effet, lorsque la maladie est très avancée"

Ombredane (1929) pense qu'il est difficile pour qui que ce soit de ne pas répondre par l'affirmative à une grande partie des questions posées dans le questionnaire de Cottrell et Wilson. Consacrant une monographie à l'examen psychiatrique détaillé de 50 malades atteints de S.E.P. choisis au hasard, il trouve une altération de l'affectivité dans 74 % et un déficit intellectuel dans 72 % des cas, ne tenant compte que des altérations les plus grossières.

Il décrit un "état mental polysclérotique commun", fait de troubles de l'affectivité (émotivité anormale, euphorie, instabilité émotionnelle, nervosité, indifférence, eutonia sclerotica) et d'un affaiblissement intellectuel modéré, caractérisé par des difficultés à l'effort mental et par la fatigabilité à l'effort de réflexion. Un état proprement démentiel peut s'installer surtout vers la fin de l'évolution et prendre la forme d'une accentuation de l'état mental polysclérotique commun ou d'une démence globale ("pseudoparalytique"). L'agent toxi-infectieux de la maladie est tenu pour responsable de troubles mentaux très divers, transitoires, apparaissant au début et même au stade pré-symptomatique sous forme d'anxiété, pouvant se constituer en "syndrome psychoencéphalitique" comprenant toutes sortes d'idées délirantes, hallucinations, états mélancoliques et maniaques ou hystériformes et troubles du comportement.

En 1943, Sugar et Nadell examinent 28 S.E.P. hospitalisés dans des unités de neurologie chronique, en utilisant le même procédé que Cottrell et Wilson. Eux aussi obtiennent des résultats dans le sens d'une altération thymique fréquente et de prédominance euphorique. Mais seul 50 % sont devenus plus optimistes (84 % pour Cottrell et Wilson), par contre 36 % plus pessimistes (12 % pour Cottrell et Wilson). Les auteurs

envisagent comme explication possible de cette différence le fait que la durée de la maladie chez eux était plus longue : 10,8 ans en moyenne (contre 6,9 ans chez Cottrell et Wilson) ou que 29 % de leurs patients ont senti leur malaise croître dès le début de la maladie (6 % chez Cottrell et Wilson).

A notre avis des paramètres extra-pathographiques auraient mérité plus de considération, tels que : les examinateurs ont changé, on est toujours à Londres mais l'hôpital n'est pas le même, et l'époque est peut-être moins susceptible d'alimenter des sentiments optimistes. Les séries examinées par Cottrell et Wilson d'une part et par Sugar et Nadell d'autre part pourraient en outre se distinguer par une différence de la signification subjective de la maladie.

I. Bender (1950) analyse les observations concernant les 202 cas de S.E.P. admis à la Nervenklinik de Francfort de 1941 à 1945. Chez 71,9 % des femmes et 53,4 % des hommes des troubles psychiques ont été notés. Des troubles de l'affect se trouvent chez 50,8 % des femmes et chez 28,4 % des hommes. Il s'agit dans la majorité des cas d'états d'euphorie (bien-être subjectif, contentement confortable malgré les manifestations physiques graves, et anosognosie), la dysphorie étant rare. Un tiers des patients euphoriques présentent des troubles de l'intelligence. Ces derniers par contre sont plus fréquents chez les hommes. Il s'agit de troubles du jugement, de diminution des connaissances générales, de troubles de la rétention et de l'évocation mnésique. Mises en corrélation avec l'évolution de la maladie, les modifications psychiques sont moins fréquentes au début et consistent en troubles affectifs et troubles modérés de l'intelligence et de la fixation mnésique. Plus tard, on rencontre souvent l'euphorie accompagnée d'une détérioration intellectuelle et de troubles caractériels.

Par leur rapport présenté à la réunion de 1948 de l'Association for Advancement of Research in Nervous and Mental Diseases, Braceland et Giffin (1950) mettent en garde contre une utilisation irréfléchie du concept de psychosomatique. Ils s'insurgent contre l'idée d'attribuer à certaines maladies un affect plus ou moins constant et stéréotypé. Ils étudient 200 cas sur dossier et en examinent eux-mêmes 75. Parmi ces derniers ils trouvent de l'euphorie chez 10 % des patients, chez 20 % une réponse à prédominance dépressive, de la labilité d'humeur chez 18 %, de l'irritabilité accrue chez 12 %. "Les autres 40 % de patients paraissaient réagir à leur maladie avec une humeur commensurable à leur conception de leur perspective d'avenir probable". "Tous les patients qui manifestaient de l'euphorie comme leur humeur prédominante présentaient des signes de maladie cérébrale et de troubles cérébraux diffus". Ils postulent trois stades de maladie : au stade précoce, le déficit fonctionnel et la signification symbolique de celui-ci suscitent une réponse dépendant de l'organisation caractériologique du malade. Au stade intermédiaire, les données caracté-

rologiques sont le déterminant principal pour l'acceptation et pour le maniement des conflits engendrés par la maladie. Au stade chronique, l'importance de la personnalité diminue à côté de la réaction aux signes classiques de la maladie cérébrale organique qui ressemble souvent à la P.G., l'euphorie pouvant être considérée avec K. Goldstein comme un effort homéostatique de préserver le malade cérébro-organique de "situations catastrophiques". "En résumé, il ressort de notre étude que la S.E.P. n'impose pas de sigle caractérologique spécifique sur l'organisation de la personnalité du patient individuel, mais que c'est plutôt l'inverse qui est vrai. L'individu réagit dans sa totalité à la maladie, d'une manière qui dépend dans un certain degré de sa personnalité préalable".

Pratt (1951) examine 100 S.E.P. et 100 autres malades neurologiques du département neurologique du Middlesex Hospital. Les S.E.P. se distinguent d'une manière significative des contrôles par une gaîté accrue de l'humeur (7 contre 0), par une tendance à rire plus facilement (6 contre 0), par une tendance non admise par le patient à rire trop facilement (16 contre 1), par une tendance à pleurer plus facilement (29 contre 17) et de manière non significative par un bien-être corporel accru au repos (2 contre 0). Dans ce groupe de patients, il trouve une détérioration entre 15 et 28 %, déterminée d'après des plaintes de perte de mémoire, le "quotient conceptuel" au-dessous de 70 à l'échelle de Shipley-Hartford et l'impression clinique. Seule cette dernière est en corrélation avec un degré sévère de handicap physique.

Utilisant l'examen psychiatrique, le test de Rorschach et le dépouillement statistique, Sai-Halasz (1956) étudie les 200 S.E.P. qui ont été hospitalisés à l'hôpital Istvan de Budapest de 1950 à 1952. Il trouve 41 % des hommes et 27 % des femmes psychiquement indemnes. Avec l'âge, le nombre de malades psychiquement intacts diminue, et il diminue surtout avec la sévèrité de la maladie. Mais cette corrélation, très importante chez les patients jeunes, n'existe plus chez les patients âgés. L'auteur considère que c'est l'effet de la plasticité du cerveau et de l'expression psychique, qui diminue avec l'âge. Quant à la durée de la maladie elle ne fait que refléter l'effet de l'âge; ce qui distingue la S.E.P. d'autres maladies neurologiques (par exemple épilepsie, chorée de Huntington) où il existe une connexion étroite entre durée de la maladie et altérations psychiques. Parmi les altérations psychiques, l'auteur distingue :

1) celles qui ne sont pas le résultat de la S.E.P. (les personnalités sensitives, hystéroïdes et neurasthéniques qui comprennent 16,8 % des femmes ainsi que les oligophrènes relativement fréquents : 6,5 %) et ont l'air de s'effacer avec l'âge et l'apparition de troubles mentaux dûs à la S.E.P.
2) celles qui pourraient être attribuées à la S.E.P. (bradypsychie, quérulence, anxiété, cette dernière étant rare) et
3) celles qui sont des conséquences de la S.E.P. (détérioration mentale,

modification de l'humeur).

La détérioration mentale appréciée principalement par le Rorschach "n'apparaît pas comme un symptôme psychique de base", les fonctions mentales supérieures étant bien conservées tandis que la souplesse d'association est sérieusement altérée. 47 % des femmes et 29 % des hommes présentent une altération de l'humeur. Chez 9 % des patients avec altération de l'humeur la labilité thymique est si forte qu'on ne peut distinguer de déplacement thymique fondamental. Dans 53 % de cas d'altération d'humeur il s'agit d'euphorie, dans 38 % de dépression. Dans les S.E.P. les moins sévères, l'humeur est presque normale chez les hommes et parfois euphorique chez les femmes. Avec la progression de la sévèrité, l'euphorie devient plus fréquente mais la dépression aussi, et cette dernière finira par dominer chez les femmes. Quant à des symptômes comme rires et pleurs forcés, hyponosognosie, attitude acritique, moria, ils sont le résultat de l'atteinte cérébro-organique plutôt que des réactions psychologiques à la maladie. Or il ne s'agit pas de symptômes focaux (par exemple frontaux ou pariétaux) mais de l'effet de lésions diffuses qui perturbent la coopération dynamique du cerveau dans son ensemble.

Surridge (1969) estime qu'il y a "peu d'unanimité quant à l'incidence, la sévèrité et la nature des changements vus dans l'état mental de patients souffrant de cette maladie". Il entreprend une investigation fraîche de la question, en visitant à domicile 108 patients et en les examinant sur le plan neurologique et psychiatrique, en les soumettant à des tests cognitifs, et en interrogeant leur entourage. Il les compare à un groupe contrôle constitué de 39 malades atteints de dystrophie musculaire. L'examen psychiatrique montre une détérioration intellectuelle dans deux tiers des S.E.P. et aucune détérioration intellectuelle chez les contrôles. Il s'agit principalement de pertes de la mémoire récente et de troubles de la pensée conceptuelle. Il y a corrélation significative entre détérioration intellectuelle et handicap physique croissant. L'examen psychomètrique des mêmes patients (Jambor 1969) confirme ce résultat. Il n'y a pas de différence significative entre S.E.P. et contrôles pour ce qui concerne l'incidence et la sévèrité de l'état dépressif. Les S.E.P. déprimés (un quart) ne présentent pas de tendance à la détérioration intellectuelle ou à l'anosognosie. L'épreuve par l'action sur des circonstances considérées comme responsables de l'état dépressif a révélé qu'il s'agit pour la majorité de dépressions réactionnelles. L'euphorie qui touche un quart des S.E.P. est absente chez les contrôles. L'euphorie désigne une humeur de gai contentement (cheerful complacency) qui détonne avec la situation totale et n'a rien à voir avec l'hypomanie, car l'agitation psychomotrice, l'énergie augmentée, l'accélération subjective de la pensée et la fuite objective des idées sont absentes. A noter que, d'une part, l'apparence extérieure d'euphorie est contredite par l'affirmation du patient. D'autre part, le patient paraît moins euphorique après le premier entretien. L'auteur se demande si ce phénomène n'est pas à l'origine de la notion d'instabilité d'humeur chez

Ombredane et chez Sai-Halasz. Presque tous les patients euphoriques manifestent une détérioration intellectuelle et il y a corrélation entre euphorie et détérioration croissante. L'euphorie est associée en outre significativement avec le déni du handicap. Il n'y a cependant pas de différence entre patients euphoriques et dépressifs en ce qui concerne la connaissance de la maladie et de ses implications. Une proportion égale, en fait la grande majorité, de patients euphoriques et déprimés, a eu un épisode dépressif prononcé à un stade antérieur de la maladie. Les modifications de personnalité (un tiers) consistent principalement en une tendance à l'irritabilité et à l'apathie, qui sont associées à la détérioration intellectuelle. L'exagération de l'expression émotionnelle se trouve dans 10 % des S.E.P. et chez aucun contrôle, et n'est en général pas accompagnée de labilité émotionnelle. Comme elle est en outre associée à la détérioration intellectuelle et au handicap physique, on peut l'apparenter à la paralysie "pseudo-bulbaire". L'auteur tire la conclusion que la détérioration intellectuelle devra être recherchée dans tous les cas de S.E.P. vu son importance pour la réhabilitation, que jusqu'à preuve du contraire tous les S.E.P. euphoriques sont intellectuellement détériorés, que la dépression est beaucoup plus fréquente qu'on avait crû précédemment, et réactionnelle, et que des changements de personnalité marqués sont assez fréquents et souvent une raison pour laquelle l'entourage ne peut plus assumer le patient.

II. L'APPRECIATION DE LA DETERIORATION INTELLECTUELLE PAR LES TESTS PSYCHOMETRIQUES.

L'intérêt de ces examens devient évident du moment que les altérations de l'humeur constatées cliniquement sont mises en relation (directement pour ce qui est de l'euphorie, inversément pour ce qui est de la dépression) avec une détérioration intellectuelle attribuée à des lésions cérébrales diffuses.

Un des premiers travaux de ce genre, celui de Canter (1951) est un des plus intéressants, parce qu'il pose les problèmes méthodologiques de cette approche. Il entreprend une investigation dont le but général est de déterminer une relation entre différentes mesures de déficit psychologique, le but particulier étant la comparaison entre mesure directe et indirecte, et l' analyse de modifications intellectuelles dans la S.E.P. La mesure directe du déficit intellectuel nécessite une série de mesures d'intelligence générale du même individu effectuées sur une période d'années, tandis que les méthodes indirectes peuvent se baser sur la comparaison avec les résultats obtenus par "l'individu normal" statistiquement déterminé, sur la comparai-

son avec le vocabulaire du même individu utilisé comme index de l'efficience originale, ou sur la comparaison avec des sujets en bonne santé appariés avec les malades selon l'âge, la scolarisation, le niveau culturel et l'activité professionnelle. L'auteur examine tous les vétérans de la 2ème guerre mondiale, qui sont à des stades relativement peu avancés de la maladie. Ces 47 S.E.P. sont appariés avec 38 employés "normaux".

Tests directs :

1) à long terme : l'Army General Classification Test passé une nouvelle fois est comparé à celui du recrutement. Alors qu'initialement les sujets ont atteint des résultats supérieurs à ceux qui ont servi à standardiser le test, leurs résultats sont maintenant, environ 4 ans plus tard, inférieurs.

2) court terme : le passage du Wechsler-Bellevue à six mois d'intervalle donne une légère amélioration dans tous les sous-tests pour les contrôles et un détérioration dans presque tous les sous-tests pour les S.E.P. La différence est significative pour tous les sous-tests sauf "séries de chiffres", "similitudes" et "vocabulaire", et pour le Q.I. verbal, le Q.I. performence et le Q.I. total. Le plus grand déficit se manifeste sur l'échelle de performence à l'intérieur de laquelle le test "des cubes" est le plus détérioré. Ceci est attribué à la perte de vitesse motrice. Les pertes hautement significatives sur les sous-tests d'information et de compréhension sont attribués à l'irritabilité et à l'instabilité émotionnelle.

Tests indirects : échelle de Babcock, index de détérioration du Wechsler, échelles de Shipley-Hartford, échelle de Hunt-Minnesota. Tous ces tests montrent un certain déficit chez les S.E.P. mais les deux derniers se révèlent d'une faible validité. La corrélation des tests à la mensuration à long terme de la détérioration est positive, à des degrés de signification variés. Elle est non-significative avec la mensuration à court terme.

La corrélation avec l'atteinte neurologique n'est significative pour aucune de ces mesures, la graduation du déficit neurologique étant faite selon des repères d'origine trop hétérogène (lésions cortico-bulbaires, faiblesses, paresthésies, etc).

Harrower et Kraus (1951), constatent par l'application de l'échelle verbale de Wechsler-Bellevue, "qu'à mesure que la maladie progresse, il y a une dispersion plus grande des sous-tests, c'est-à-dire une performence intellectuelle moins bien intégrée". De la même manière, il y a une diminution des cotations "très supérieure" et "supérieure" à mesure que la maladie avance.

Ross et Reitan (1955) apparient (selon race, sexe, âge, scolarisation et Q.I. total du Wechsler-Bellevue) 13 S.E.P. (dont 11 ont proba-

blement un processus actif lors de l'examen), 13 malades cérébro-organiques (CO) et 13 patients exempts de lésions cérébrales (dont 6 déprimés, 2 angoissés, 5 paraplègiques). La batterie des tests de Halstead, mise au point pour apprécier la détérioration de "l'intelligence biologique" dans les cas de lésions frontales, leur est appliquée. Les valeurs moyennes des S.E.P. et des CO sont semblables et tombent généralement dans des grandeurs caractéristiques de la détérioration de l'intelligence biologique. En outre, les différences moyennes significatives entre les CO et les patients sans lésions cérébrales sont grossièrement les mêmes que celles entre les S.E.P. et les patients sans lésions cérébrales.

L'application du "GrassiBlock Design Test" fait conclure à Parsons et al. (1957) que la capacité d'abstraction est détériorée de façon modérée mais significative. Il y a corrélation avec la gravité de l'atteinte neurologique. (Il s'agit d'un test non-verbal).

Knehr (1962), par contre, trouve que la capacité intellectuelle abstraite est plutôt bien conservée dans la S.E.P. Il soumet 11 S.E.P., 11 CO et 11 normaux à six différents tests. Résultats : 1. Tous les tests (sauf 1) sont inférieurs aux normaux tant chez les S.E.P. que chez les CO. 2. Pour l'activité conceptuelle abstraite (Matrices Progressives, non verbal; et Oppositions, verbal) les S.E.P. sont plus près des normaux que des CO. 3. S'il y a implication de l'efficience visuelle et de la coordination motrice, les S.E.P. sont légèrement inférieurs aux CO.

Fink et Hauser (1966) rapportent sur le début d'une étude longitudinale conçue pour déterminer quels domaines du fonctionnement physique et intellectuel changent le plus avec le temps et de quelle manière chaque effet de variables connues d'avance peut être prédit. Les résultats sont basés sur le Q.I. verbal et les sous-tests verbaux du WAIS sur 44 S.E.P., classés selon l'échelle d'atteinte neurologique de Kurtzke et examinés deux fois à un an d'intervalle. La "série de chiffres" donne le résultat le plus bas, le "vocabulaire" obtenant le meilleur résultat, ce qui est compatible avec un réel déficit mnésique. Puisque les "similitudes" donnent le résultat le moins supérieur à la "série de chiffres", on retrouve l'atteinte du raisonnement abstrait verbal. La "compréhension", les "similitudes" et le "vocabulaire" sont le plus fortement associés au degré d'atteinte physique. Ce sont des sous-tests qui impliquent le plus de compréhension verbale et d'expressivité. Les auteurs se demandent si les aptitudes physiques et intellectuelles sont affectées conjointement ou si l'atteinte physique augmente la fatigabilité qui à son tour entraverait l'effort mental.

Jambor (1969) soumet les malades examinés psychiatriquement par Surridge (1969) à un examen psychologique approfondi intéressant l'intelligence verbale (échelle verbale de Wechsler abrégée), la pensée conceptuel-

le ("similitudes" du WAIS et test de Weigl), la faculté spatiale (cubes de Kohs et lecture de carte), les fonctions mnésiques (séries de chiffres du WAIS et trois autres tests), le langage, l'efficience intellectuelle générale (Brody), les symptômes cérébro-organiques cliniques. Le résultat va dans le sens d'une détérioration intellectuelle considérable, frappant surtout l'efficience intellectuelle, la conceptualisation non-verbale, la conceptualisation verbale étant intacte, et les fonctions mnésiques. Divisant ses patients en ceux qui sont anxieux et/ou déprimés et ceux qui ne le sont pas, l'auteur trouve plus de détérioration dans le deuxième groupe. Ce résultat est compatible avec l'explication selon laquelle les S.E.P. montrent des signes d'anxiété et de dépression aux stades initiaux de leur baisse d'efficience intellectuelle, probablement à cause d'une nosognosie plus grande.

Matthews et al. (1970) choisissent également un échantillon nombreux de patients auxquels ils font passer un large éventail de tests. En appariant selon âge, sexe, scolarisation et Q.I. total 30 S.E.P. à 30 CO ils trouvent des performances comparables pour la conceptualisation non verbale, la discrimination de rythmes et de langage, les échelles verbales et de performence du WAIS. Les S.E.P. ont des résultats inférieurs aux tests qui demandent rapidité motrice, constance et coordination fine.

Reitan et al. (1971) apparient 30 S.E.P. selon âge et scolarisation à 30 sujets avec un fonctionnement cérébral normal. Avec tous les 25 tests donnés, les S.E.P. obtiennent des notes plus basses que les contrôles. Les différences les plus grandes sont celles où le fonctionnement moteur est impliqué. La détérioration n'est que modérée pour l'information verbale, la compréhension verbale et la conceptualisation abstraite.

G. Goldstein et C. Shelly (1974) apparient selon âge et scolarité 20 S.E.P., 20 CO et 20 patients neuropsychiatriques sans lésion cérébrale. Le WAIS et la batterie de Halsteadt sont appliqués. Ils trouvent tous les trois groupes inférieurs aux contrôles normaux de Reitan (1971), et posent alors la question si le déficit est dans les trois groupes dû à la même cause. Autrement dit, le déficit cognitif des S.E.P. est-il primairement dû à la lésion cérébrale organique ou à un stress émotionnel considérable associé à la maladie ?

Beatty et Gange (1977) soumettent 26 S.E.P. et 26 cas normaux à quatre tests d'habileté motrice, à un test d'évocation d'une série de 24 mots et au California Short Form Test of Mental Maturity (CSFTMM). Les différences entre les groupes sont les plus grandes dans les tâches qui ont une composante motrice. Dans l'évocation de la série de mots, les S.E.P. sont moins efficaces que les contrôles. L'analyse détaillée du test permet de penser que le trouble de la mémoire récente joue un rôle important, mais qu'il y a également des différences dans la consolidation, le stockage et le repérage de l'information, et peut-être dans la capacité

de soutenir l'attention. Au CSFTMM, les S.E.P. étaient plus faibles aux échelles de raisonnement logique, de raisonnement numérique et de mémoire, mais non pas à l'échelle de concepts verbaux. Il y a une assez bonne corrélation entre les déficiences motrices et les déficiences mnésiques, tandis que ces deux aspects de performance ne sont pas régulièrement en corrélation chez les contrôles. D'autre part, la durée du temps écoulé depuis que le diagnostic a été posé est en corrélation significative avec un test moteur (le Static Steadiness Test) et le résultat à l'échelle de raisonnement mnésique. Les auteurs en arrivent à l'hypothèse que "les modifications dégénératives dans le SNC associées à la S.E.P. touchent sélectivement la mémoire autant que la fonction motrice, tout en laissant relativement intacte la capacité de résoudre des problèmes et d'utiliser l'information verbale stockée".

III. TESTS DE PERSONNALITE.

Il sera utile de rendre compte de ces tests, qui ont certains avantages "d'objectivité" sur l'examen psychiatrique grâce à la restriction de la subjectivité de l'observateur (tests projectifs), voire l'élimination complète de la liberté d'interprétation des réponses (MMPI). Le fait que la stricte codification de la passation du test permet sa reproduction n'importe où et n'importe quand, ne doit cependant pas nous faire oublier que, les sujets examinés répondent bien à un matériau symbolique en principe formellement identique, mais dont la signification pour les sujets peut varier en fonction de déterminations historico-sociales.

A) Tests projectifs

Burgemeister et Tallman (1945) examinent à l'aide du test de Rorschach un groupe de 40 S.E.P. Ils constatent une sous-productivité qui est due à une interférence cérébro-organique plutôt qu'à un défaut de développement. La pauvreté interne de la pensée est frappante. Dans le domaine des relations émotionnelles, il y a un type rigide de contrôle, sans discernement et introspection suffisants pour le modifier. Le contrôle n'est pas seulement grossier, mais encore défectueux. "Dans l'ensemble, on est de l'avis qu'un affaiblissement de la structure de personnalité est révélé, sans stress émotionnel sévère, mais avec un net abaissement du niveau de fonctionnement présent. Cette constellation indique des difficultés dans la faculté d'organisation et dans le maniement d'idées, telles qu'on les trouve chez des patients présentant des

troubles organiques". Il n'y a pas de données concluantes en faveur d'une euphorie.

Les Rorschach que Blatt et Hecht (1951) font passer à un groupe de 22 S.E.P. de composition sociale très variée, montrent les facteurs typiques de la personnalité hystérique, qu'on voit aussi chez Burgemeister et Tallman (1945) quand les formules de dépouillement sont identiques. A côté d'une prédominance des réponses influencées par la couleur et du "choc à la couleur", on trouve un F % en général supérieur à 50 %. Pour ces auteurs, "l'égocentricité et l'affectivité incontrôlée sont caractéristiques du patient atteint de S.E.P. Deuxièmement, tous les patients utilisent le mode de mécanismes névrotiques qui suggèrent l'hystérie".

Harrower (1950) se demande, si des malades atteints de S.E.P. présentent des caractéristiques psychologiques communes. Elle en examine 61, plus des contrôles de névrosés, normaux, poliomyélitiques et parkinsoniens. Au Rorschach, les S.E.P. présentent une presque absence de réponses reflétant des préoccupations ou de l'anxiété concernant des symptômes corporels. Au Szondi, ils sont le plus prêts à s'abandonner à la position dépendante, et manifestent une soumission presque exagérée, de la docilité et de l'absence de conscience de tensions internes. Le Rorschach est peuplé d'individus qui dansent, s'embrassent, rient, se tiennent par les mains, avec très rarement des disputes ou des bagarres.

Par la suite, Harrower et Kraus (1951) examinent la question, si les traits de caractère relevés dans l'étude citée précédemment prédisposent à la maladie, ou si la maladie engendre et développe des attitudes qui se cristallisent pour ressortir dans les tests. Les auteurs élargissent le groupe des S.E.P. à 144 et le subdivisent en sous-groupes "en rémission", "modérés", "modérés et avancés en institution spécialisée (Institut Kaiser-Kabat)", "avancés à domicile", "avancés hospitalisés". Au niveau des contrôles, ils ajoutent aux groupes de "névrosés", "familles" (membres considérés comme normaux des familles des S.E.P.), "poliomyélitiques" et "parkinsoniens", un groupe de "tabétiques". Il ressort de cette recherche que les caractéristiques psychologiques changent avec le stade de maladie et la situation du malade. Au Rorschach, les sujets de "Erlebnistypus" ambiéqual se trouvent le plus fréquemment dans le sous-groupe "en rémission", suivi du groupe "familles". En groupant les "Erlebnistypen" en "expansion" (personnalités riches) d'un côté et "constriction" de l'autre, nous trouvons dans la catégorie "expansion" la majorité des "familles", des "S.E.P. en rémission" et des S.E.P. bénéficiant d'une rééducation à l'Institut Kaiser-Kabat, où on vise à une intégration constructive de la maladie. La constriction est la plus fréquente parmi les S.E.P. hospitalisés, suivie des "modérés". Le "choc à la couleur", caractéristique de troubles névrotiques, est absent ici. Le nombre de réponses anatomiques

est le plus bas chez les S.E.P., suivis des tabétiques, poliomyélitiques et parkinsoniens. Le fait de ne pas être attentif à une situation pour laquelle il n'y a pas de solution, peut être considéré comme une forme d'adaptation. Les S.E.P. "en rémission" peuvent toutefois se permettre d'être préoccupés par leur corps, et ils donnent presque autant de réponses anatomiques que le sous-groupe "familles". A la planche VIII, la forme animale est rejetée par 14-22 % des sous-groupes S.E.P. (sauf "en rémission"), mais jamais dans les groupes de contrôle ni dans les "rémission". Ce qui est encore frappant, c'est que les S.E.P. indiquent souvent un animal à sang froid (le plus fréquent chez les "rémission" : 23 %), ce qui ne se trouve par ailleurs que chez 3 % des "névrosés". Relevons encore un résultat du Szondi : le score "H", qui reflète l'acceptation de la dépendance, tombe de 75 % des S.E.P. qui entrent à l'Institut Kaiser-Kabat, à 53 % chez ceux qui y sont déjà. Les auteurs concluent : "une maladie comme la S.E.P. impose certaines conditions typiques au patient individuel, qui laissent leur marque dans un degré plus ou moins important, en fonction de la structure de personnalité prémorbide".

Sai-Halász (1956) a intégré le Rorschach dans son étude psychiatrique, dont nous avons parlé. Il explique le nombre de réponses anatomiques, qui dépasse la normale, par le fait que tous les patients étaient hospitalisés et que le Rorschach était administré par le médecin lui-même. Nous voyons que son F% (en relation avec le contrôle intellectuel) n'est pas comme chez Burgemeister et Tallman (1945) supérieur à la normale, mais se trouve tout de même au-dessus de chiffres qui pour Piotrowski (1937) sont suspects d'atteinte cérébro-organique. Le nombre total des réponses correspond à la normale. Même dans le groupe de patients sérieusement atteints, le nombre perçu de mouvements humains (en relation avec l'activité créatrice, intégrée) est à peu près normal. Sai-Halász conclut à une bonne conservation des fonctions mentales supérieures au sens strict.

Philippopoulos et al. (1958) administrent à 15 S.E.P. et à 15 contrôles normaux le Test du dessin d'une personne et le Rorschach. Le premier test ne montre pas de différence significative entre les deux groupes, les S.E.P. présentant toutefois plus fréquemment une tendance au repli sur soi avec attention floue pour le monde extérieur, un besoin chez les hommes de surcompenser des sentiments d'insuffisance corporelle par l'exhibition de force physique, et des frustrations orales sévères.

Au Rorschach, les S.E.P. ne se distinguent des contrôles que par une seule différence significative qui fait penser à un relâchement des liens émotionnels avec la réalité au niveau des fantasmes (mouvements humains à distance). De manière non significative, les différences font penser que les S.E.P. ont une vie fantasmatique plus intense,

moins de besoin de gratification instinctuelle immédiate, moins de conscience d'un désir de contacts physiques, plus de tendances dysphoriques. L'analyse qualitative suggère pour les S.E.P. des réactions plus passives et régressives, des sentiments d'insuffisance plus facilement exprimés, un effet plus troublant de situations à tonalité agressives, plus d'angoisse de castration, des conflits plus prononcés avec les figures parentales avec des sentiments mélangés de crainte et d'opposition.

Groen et al. (1967), résument la synthèse des protocoles Rorschach d'un groupe de 41 S.E.P. Ils structurent le matériel en trois catégories :

1. Immaturité et labilité affectivo-émotionnelle (chocs à la couleur et au noir, fautes et rejets, prépondérance de la couleur, etc).
2. Le "puérilisme mental" de Charcot (émotivité, suggestibilité, contenus végétaux, égocentricité, F + % bas etc).
3. Appauvrissement intellectuel (temps de réaction prolongé, plus de détails que de formes globales, peu de réponses, perplexité, etc).

Ce tableau est interprétable, pour les auteurs, comme le résultat de "l'interaction entre les effets du développement défectueux (infantile, névrotique) et ceux de la destructuration de la personnalité (démence) du malade atteint de S.E.P.".

B) Questionnaires

Canter (1951) soumet le questionnaire du Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) à 33 S.E.P. Il trouve un profil avec élévation de la "triade névrotique" - "hypochondrie" (Hs), "dépression" (D), "hystérie" (Hy) - et une élévation moins importante des échelles "psychasthénie" (Pt) et "schizoïdie" (Sc). Le profil moyen de ces sujets "suggère la configuration de personnalité 'typique', où la personne réagit au stress avec la dépression, et qui est caractérisée en outre par un manque de confiance en soi, par une tendance à se faire du souci, par un rétrécissement de l'intérêt et par de l'introversion".

Baldwin (1952) apparie 34 S.E.P. femmes avec 34 femmes qui ne sont soignées ni par un médecin ni par un psychiatre, selon âge, scolarisation, status économique, état civil et maternité. Le profil MMPI des S.E.P. a la même forme que chez Canter (1951), mais les évévations sont moins importantes. Après introduction d'un correcteur qui compense les réponses concernant des symptômes neurologiques et la santé générale, "D", "Hs" et "Sc" restent plus élevés que chez les contrôles, tandis que la différence sur "Hy" n'est plus significative. En opposant les 12 patientes les plus handicapées aux 12 mieux conservées, on trouve chez les premières un "D" plus élevé. Telle qu'elle est reflétée par le MMPI, la dépression est donc plus sévère lorsque la maladie est plus grave. D'autre part, la tendance à mettre en relief une "bonne adaptation psychologique" (reflétée par l'échelle "K", plus élevée chez les 12 S.E.P. les mieux conservées) paraît s'écrouler avec le progrès de la maladie.

En tenant compte de l'impression clinique et de l'anamnèse, on constate que les S.E.P. à profil élevé (plus pathologique) manifestent des traits névrotiques (anxiété, dépression, rancune) et de l'instabilité et des problèmes familiaux qui reviennent constamment. Les S.E.P. à profil bas (plus près de la norme) ne se plaignent que des effets de la maladie et n'ont pas de traits névrotiques évidents. Chez les contrôles, la différence entre profils élevé et bas ne réside pas tellement dans les faits anamnestiques, mais dans la sensibilité à ceux-ci.

Dans leur étude citée plus haut, où ils comparent S.E.P., CO et névrosés, Ross et Reitan (1955) arrivent à un profil MMPI semblable dans les trois groupes, avec élévation de la "triade névrotique".

La même forme de profil est encore trouvée par Shontz (1955), qui fait passer le MMPI à 16 S.E.P. et à 16 autres malades chroniques. Les premiers ont un "Hs" et un "Hy" significativement supérieurs aux seconds.

Gilberstadt et Farkas (1961) font passer le MMPI et le Wechsler-Bellevue à 25 S.E.P. et à 25 traumatisés cérébraux. 32 % des S.E.P. ont un profil avec deux ou plus d'échelles au-dessus de 70 et un score "D" au-dessus de 80, contre 4 % des traumatismes cérébraux. En outre, "une dépression sévère se produit plus facilement chez les S.E.P. les moins intelligents, tandis que les patients plus intelligents avec une durée de maladie plus brève ont un répertoire de réactions qui leur permet d'éviter la dépression".

Cleeland et al. (1970) comparent 15 S.E.P. en exacerbation à 15 S.E.P. en rémission. Différences significatives : les premiers ont plus souvent deux ou plus d'échelles supérieures à 70 et plus souvent un "D" supérieur à 70.

Bottenberg et al. (1975) utilisent un "Stimmungswort-Inventar" (SWI') de Bottenberg (1970) et l'échelle de dépression de Zung (1965). Ils soumettent ces questionnaires à 85 patients. Le SWI' consiste en 58 adjectifs reflétant une "Stimmung" (état d'humeur, tonalité affective), dont les sujets doivent dire en quelle mesure ils s'appliquent à eux. L'analyse factorielle des réponses aboutit à une répartition en 4 "dimensions affectives". La corrélation est la plus nette entre sévérité de la maladie selon Kurtzke (1961) d'une part, et dépression selon échelle de Zung et "dimension affective" dépressive ("incertain, désespéré, déprimé, triste, solitaire" etc) d'autre part. Une autre corrélation positive significative existe entre la durée de la maladie et la "dimension affective" désignée par les adjectifs "attentif-reconnaissant-gentil-aimable-pas curieux-pas paresseux". Ceci pourrait être interprété comme une attitude plutôt passive de sensibilité sociale accrue, imposée par la dépendance et par le besoin d'assistance et d'affection.

IV. PROBLEMES PSYCHOSOMATIQUES.

Nous référons ici les travaux concernant la personnalité prémorbide (par rapport à la symptomatologie neurologique) et l'influence de facteurs émotionnels sur le déclenchement de la maladie, sur la précipitation des poussées, l'exacerbation de symptômes ou leur rémission.

Selon Groen et al. (1967), Charcot aurait été le premier à faire une remarque à ce sujet, en estimant que ces personnalités sont "mal préparées pour ce qui s'appelle, dans la théorie de Darwin, la lutte pour la survie"(1), et Jelliffe (1921) le premier à entreprendre une description de la personnalité prémorbide, en se basant sur l'observation psychanalytique de deux patients. Jelliffe note des symptômes archaïques dans les rêves, une haine violente fortement réprimée, des fixations à la soeur et au frère, des complexes sadiques-anaux en relation avec la haine inconsciente, et des composantes homosexuelles narcissiques profondément refoulées.

Langworthy (1948,1950) et Langworthy et Le Grand (1952) constatent qu'il est souvent impossible de décider, en face des premiers symptômes, si ceux-ci ont une base organique ou fonctionnelle, d'autant plus que l'immaturité émotionnelle est fréquente chez beaucoup de ces patients déjà avant que des symptômes apparaisssent. Le diagnostic d'hystérie, qui précède souvent celui de S.E.P. n'est peut-être pas injustifié, puisque des symptômes de conversion se surajoutent aux symptômes neurologiques de la S.E.P.

Les cinq observations rapportées se réfèrent à des personnalités qui font état d'une relation névrotique intriquée avec l'un des parents, ici toujours la mère. Il s'agit de personnalités émotionnellement et sexuellement immatures, très passives, cette passivité étant mal acceptée et en conflit avec un désir de dominer agressivement. Les femmes se marient souvent avec des hommes qu'elles considèrent comme inférieurs, et elles tombent malades lorsque le mari commence à gagner de l'assurance.

Tandis que les symptômes de conversion sont habituellement reliés à des problèmes sexuels, les symptômes neurologiques apparaissent dans des situations où le patient ressent l'impact d'une personne agressive. Dans ces situations, les patients sont souvent angoissés, tendus et présentent des signes d'instabilité vasomotrice.

(1) Retraduit du hollandais.

Brickner et Simons (1950) constatent dans 16 cas sur 50 une "évidence clinique" qu'un stress émotionnel peut déclencher des poussées. Pour Brickner (1950), les lésions peuvent être dues à des troubles vasculaires. Des troubles vasomoteurs pourraient résulter de stress par la chaleur, l'éblouissement, l'exercice violent, l'excitation, l'ingestion de nourriture, la fumée, qui provoquent souvent de petites attaques transitoires. Il suppose qu'il se produit des constrictions artériolaires passagères, telles qu'il les a observées avec Franklin (1947) dans la rétine de malades atteints de S.E.P. Lorsque ces constrictions tardent à céder, le scotome correspondant peut persister pour se réduire ensuite lentement. Ce phénomène est mis en analogie avec la différence entre la disparition rapide d'un trouble neurologique transitoire et la rémission d'une poussée.

A propos du "facteur vasculaire" dans la S.E.P., citons quelques avis de neuropathologues. Si une participation vasculaire pouvait être envisagée, l'innervation vasomotrice nous offrirait peut-être une voie commode pour combler les lacunes entre émotion et lésion, que Braceland et Giffin (1950) ont montré de leur doigt critique.

Lors d'une autopsie d'une jeune femme qui s'est suicidée après une période d'amélioration neurologique, Namerow (1969) a pu constater que le nombre et la dissémination des lésions sont bien plus importants que ce qu'aurait laissé prévoir l'examen neurologique juste avant la mort. S'il est indiscutable que la démyélinisation active peut produire des symptômes, on peut néanmoins concevoir que la fonction est préservée malgré la démyélinisation. Selon Namerow, un agent humoral ou peut-être des modifications vasculaires réflexe sur des lésions préexistantes, pourraient être envisagés dans le cas de rechute ou de symptômes transitoires après un stress tel que fatigue, traumatisme, émotion ou chaleur.

Selon Peters (1968), les plaques de démyélinisation sont souvent centrées autour d'un vaisseau, le plus souvent une veine, sans jamais coïncider avec une aire de vascularisation. L'agent nocif à la myéline sort-il d'un vaisseau à un endroit de moindre résistance ?

Adams (1976) décrit comme modification caractéristique d'une lésion active, une infiltration périvénulaire de lymphocytes et monocytes, qui est au moins partiellement une réponse à la destruction de myéline. Quant à l'infiltration périvénulaire lymphocytaire qui peut se trouver sans démyélinisation, il pense qu'il s'agit d'une réponse précoce à une agression tissulaire soit par un virus, soit par un auto-anticorps. Il envisage toutefois, que la réponse lymphocytaire puisse être provoquée par des anticorps antimyéline résultant de destructions

de myéline ayant eu lieu ailleurs. En outre, des substances inflammatoires vasoactives libérées par les vaisseaux impliqués pourraient eux-mêmes léser activement la myéline ou augmenter la perméabilité de l'endothélium vénulaire pour des agents circulants destructeurs de myéline.

De retour aux considérations psychodynamiques, nous trouvons la synthèse de Grinker et al. (1950), qui nous présentent les traits communs rencontrés chez 26 S.E.P. examinés par des psychanalystes qui ont soigné des polysclérotiques, et dans 7 tests de Rorschach.

La mère de ces patients n'a pu satisfaire aux grandes demandes de l'enfant, dont le désir d'être émotionnellement proche d'elle a été frustré. Le patient n'exprime pas de ressentiment à ce sujet. Le père est souvent injuste, violent. Il semble plus fautif que la mère, mais son attitude est plus souvent justifiée par le patient. Les patients présentent une affabilité et un désir d'être bien avec tout le monde, mais leurs relations avec autrui n'expriment pas de chaleur émotionnelle. L'activité sexuelle est tardive chez les hommes, et souvent remplacée par le sport. Il n'y a pas d'état amoureux, et le mariage ne développe pas de relation libidinale proche. Comme enfants, ils n'ont pas eu d'énurésie, ni de crises de colère, cauchemars ou problèmes alimentaires. Ils n'expriment pas de colère lors de frustrations, ne se révoltent pas, évitent les bagarres verbales ou physiques et les situations susceptibles de provoquer de la colère. Ils ne manifestent pas d'amertume contre leur sort, et les humeurs dépressives paraissent absentes. Il n'y a pas d'angoisse libre, mais une attitude insouciente "happy-go-lucky", qui sera perçue comme euphorie après le développement de la maladie. Les symptômes neurologiques se manifestent lors de modifications majeures de la situation de vie, qui devraient provoquer un mécontentement ou une colère intenses ou qui demandent une quantité excessive de charge mentale ou musculaire. Les rémissions surviennent lorsque le patient peut s'y prendre avec plus de calme, se coucher pour se reposer ou se décharger d'une partie de la responsabilité.

Les auteurs proposent une hypothèse psychosomatique biologiste : "Nous savons que chez l'homme la myélinisation des systèmes centraux de fibres nerveuses a lieu pendant les premières années de la vie, et dépend peut-être d'apports extérieurs en lipides, enzymes, etc. Certains enfants ont peut-être un besoin constitutionnel plus intense et par conséquent une dépendance plus grande de sources extérieures d'apport alimentaire, par lesquelles l'intégration chimique et physiologique pourrait être accomplie et la maturité émotionnelle apparemment atteinte, mais toute l'organisation psychosomatique ainsi que l'état émotionnel que nous avons décrit serait alors construit sur le maintien précaire de sources extérieures d'apport, et serait plus facilement bouleversé par la privation ou le stress physique ou psychologique. Il s'ensuit un

trouble structurel avec une démyélinisation graduelle, et le patient peut devenir neurologiquement en réalité le nourrisson qu'il a toujours été psychologiquement. De plus, il peut y avoir de violentes perturbations cliniques aigues à la suite de spasmes vasculaires provoqués par une rage interne qui peut être augmentée de temps en temps, à cause de frustrations sévères suscitant des réactions pour lesquelles il n'y a pas d'autre issue". Lors du développement de la maladie, on assiste ensuite à une "spirale entre régression et désintégration psychosomatique, qui va en s'accélérant".

En effet, si Pratt (1951) ne trouve pas chez le groupe de ses 100 S.E.P. de symptômes ou de traits névrotiques qualitativement ou quantitativement différents que chez ses 100 autres malades neurologiques, et si les S.E.P. n'indiquent pas significativement (38 fois) plus de perturbations émotionnelles précédant le début de la maladie ou de la rechute que les contrôles (26 fois), l'auteur admet que dans un petit nombre de cas, un stress émotionnel a apparemment précipité le début ou la rechute de la S.E.P. Mais d'autre part, de tels stress ne sont souvent pas suivis d'une poussée. Un certain nombre de S.E.P. (18, contre 5 contrôles), souvent des personnes soucieuses, indiquent que des troubles émotionnels, souvent spécifiques, sont toujours ou occasionnellement suivis d'une exacerbation de symptômes.

Philippopoulos, Wittkower et Cousineau (1958) s'engagent dans une recherche psychosomatique pilote, en soumettant 40 polyscléreux et 40 autres malades neurologiques à des entretiens psychiatriques répétés, qui leur permettent de décrire la personnalité de ces malades en termes psychodynamiques.

Les polyscléreux proviennent le plus souvent d'une famille malheureuse. Derrière "l'idolâtrie de leurs parents" se cachent "des sentiments de rancoeur contre une mère qui était, dans les faits ou dans les fantasmes, dominante, punitive ou surprotectrice, et contre un père passif, faible ou inaccessible, qui n'avait pas beaucoup de temps ou d'intérêt pour ses enfants". "A juste titre ou non, les patients se sentent poussés par une mère trop ambitieuse", avec le résultat de "rancoeur, insuccès et découragement". Le développement psycho-sexuel est immature, et les troubles sexuels dès le début de la maladie sont fréquents et importants. La plupart sont incapables de s'attaquer à des problèmes majeurs, n'ont pas de but à long terme dans la vie, et manquent de persévérance. Des conflits à propos d'impulsions agressives dérivées d'un rejet parental vécu ou imaginé, et en même temps un besoin démesuré d'amour et d'affection caractérisent presque tous les polyscléreux examinés.

Sur le plan nosographique, seuls 6 des 40 patients étaient émotionnellement bien adaptés avant leur maladie. 18 avaient des symptômes d'hystérie de conversion, de névrose d'angoisse ou de névrose obsessionnelle. 12 avaient des troubles du caractère (impulsifs, phobiques, hystériques, obsessionnels ou schizoïdes). 3 étaient des états-limites, et chez 1 patiente le début de la S.E.P. était annoncé par des symptômes psychotiques florides. 35 des 40 patients ont vécu des expériences traumatiques au début de la S.E.P. Il s'agit le plus souvent d'un stress émotionnel prolongé signifiant une perte ou une menace de perte d'une figure-clé dans l'entourage.

Les auteurs reprennent l'hypothèse explicative de Grinker et al. (1950).

Graham et al. (1962) soumettent à quatre observateurs (un interniste, un psychanalyste et deux psychologues) des enregistrements d'entretiens de malades somatiques, où les malades parlent de l'événement qu'ils considèrent comme ayant déclenché la maladie, sans fournir d'incide direct permettant d'identifier celle-ci. Sur une liste de 18 "attitudes", les observateurs doivent choisir celle qui correspond le mieux au malade enregistré. Le but de l'expérience est de vérifier l'hypothèse formulée par Grace et Graham (1952), selon laquelle dans la situation déclenchant la maladie, le patient réagit avec une attitude (ce qu'il sent lui arriver et ce qu'il veut faire par rapport à cela au moment de l'apparition du symptôme) caractéristique du malade, chaque attitude accompagnant par ailleurs des modifications corporelles spécifiques. La S.E.P. fait partie des maladies qu'il est le plus facile à identifier par ce procédé, l'attitude qui lui est attribuée étant : "Se sentait forcé d'entreprendre une espèce d'activité physique, et ne voulait pas (devait travailler sans aide, devait se soutenir lui-même et habituellement d'autres; ne le voulait pas, et pouvait ou ne pouvait pas exprimer un désir d'aide ou de soutien)".

Groen, Prick et Bastiaans (1967) consacrent une grande monographie à : "La signification de la personnalité et de situations conflictuelles pour le début, l'évolution et le traitement de la S.E.P.". Ils rendent compte d'un travail empirique approfondi sur cette question et reproduisent douze observations détaillées. Leurs malades sont caractérisés de la façon suivante :
Ils ont vécu une carence affective de la part des deux parents, une figure parentale, le plus souvent le père, étant ressentie comme dominante menaçante plutôt que violente. La mère lui est alors soumise et occupée par son travail, et ne donne pas beaucoup d'affection au futur patient. Le père est admiré en même temps que craint, d'où plus tard une attitude ambivalente et dépendante envers des figures ressenties comme fortes. Sourire de manière désarmante, être sage, dissimuler angoisse et agres-

sivité, être secret : ce sont les attitudes destinées à l'origine à détourner les colères du père et à lui faire prodiguer un peu de tendresse. L'atmosphère sévère et perfectionniste que le père impose, se retrouve dans des traits obsessionnels : exigences élevées, zèle crispé au travail. Le patient s'identifie aux traits dominateurs du père, mais contre des pairs ou des supérieurs il ne les exerce qu'indirectement, camouflés par une attitude geignarde et presque aimable. Traits hystériques : tentative d'obtenir par la conversion la tendresse corporelle dont il a été privé durant l'enfance, fixation au niveau corporel et sensibilité corporelle exagérée, tendance à répondre à des blessures narcissiques avec des réactions somatiques autonomes ou végétatives viscérales. "Puérilisme mental" (Charcot) : ils sont inadaptés à leur âge chronologique et à leur entourage, immatures également sur le plan sexuel; ils n'ont pas de conception entière du monde et vivent dans un monde de fantasmes, où ils surestiment certains aspects des relations interpersonnelles et vivent une existence égocentrique. C'est un individu frustré, auquel il n'a pas été permis et auquel il n'est plus possible, de s'exprimer normalement. L'aspect conscient de la personnalité est incomplètement uni aux éléments inconscients qui appartiennent à la sphère émotionnelle. Les tendances émotionnelles inconscientes n'ont plus intégralement accès à la sphère consciente. L'expression verbale est entravée et les émotions inconscientes s'expriment de manière désordonnée selon des voies somatiques autonomes et végétatives viscérales. Ces patients se distinguent des névrosés "purs" par la combinaison de traits hystériques et obsessionnels et par l'attitude de fausse gaieté du polysclérotique, alors que le névrosé est conscient de son angoisse, se plaint de son angoisse, d'insomnie, de palpitations, etc.

Chez le polyscléreux, "il se peut que la maladie organique soit justement provoquée par cette attitude puérilement correcte et tendue qui ne procure pas de satisfaction". Avant l'apparition de symptômes neurologiques, ces malades sont dans tous les cas en conflit ou craignent d'entrer en conflit "avec une figure décrite comme dominatrice et terrifiante, sans qu'ils se voient en état de détourner le conflit par les mesures infantiles dont ils disposent ou qu'ils puissent s'appuyer sur quelqu'un. Ils sont ainsi sous l'emprise d'une angoisse violente soigneusement camouflée par l'euphorie, sans amour, démunis (hulpeloos) et seuls". Dans certains cas ils sont culpabilisés et essaient de regagner la faveur de la figure puissante par une servilité et des efforts accrus. Ainsi, les manifestations neurologiques apparaissent dans un contexte de "surmenage", d'angoisse et de grande lassitude. Ce sont les modifications situationnelles, qui amènent tant les rémissions que les récidives.

En résumé, ces patients ont connu un développement perturbé résultant de l'interaction entre une disposition héréditaire particulière et des influences environnementales défavorables. Leur structure de personnalité comporte le "noyau" plus ou moins spécifique décrit ci-dessus. "Les tensions inhibées de ces sujets s'expriment dans le système nerveux central sous la forme de mécanismes physiopathologiques qui aboutissent aux modifications organiques (structurelles) caractéristiques de la S.E.P.".

Invoquant l'anamnèse biographique et l'hétéroanamnèse donnée par la famille, les auteurs affirment que la structure immature de la personnalité existe depuis la jeunesse, précédant de nombreuses années les lésions neurologiques, quoique avec l'évolution de la S.E.P., l'immaturité s'aggrave, à cause des lésions cérébro-organiques et à cause de la situation de malade chronique dépendant d'autrui. La S.E.P. ne serait donc que la phase organique d'une malformation évolutive, dont la première phase se manifeste dans le mode d'existence névrotique. Les auteurs ne prétendent cependant pas donner d'explication physiopathologique sur la genèse des lésions de démyélinisation.

Mei-Tal, Meyerowitz et Engel (1970) examinent le contexte émotionnel lors du début de la S.E.P. ou d'une poussée de celle-ci, et présentent la "preuve d'une relation chronologique significative entre le contexte de vie, le stress psychologique et l'apparition d'un symptôme somatique concernant une région corporelle ou une fonction qui sont par la suite diagnostiquées comme atteintes de la S.E.P.".

Ils examinent 17 patients aux Etats-Unis et 15 en Israël. 28 de ces 32 malades indiquent que la maladie est précédée d'une situation psychologique stressante. Dans trois cas, il s'agit d'un stress brusque et transitoire : menace à la propre vie, menace à la vue d'un objet significatif, perte soudaine et inattendue d'un objet important. Dans douze cas, le stress est soudain et soutenu : mort récente d'une personne significative, amputation d'une partie importante du corps telle qu'hystérectomie, événement significatif dans la famille. Dans 13 cas, le stress est graduel et étalé dans le temps : conflits conjugaux et familiaux traînants, promotion ou changement de statut par rapport à la responsabilité ou propriété, mariage ou maternité, respectivement paternité. 21 des 28 patients reconnaissent des sentiments désagréables par rapport à l'événement précédent le début de la maladie, et pour 13 d'entre eux il a été très difficile de supporter les sentiments désagréables. Sept patients affirment ne pas avoir eu de sentiments désagréables à ce moment-là, mais dans cinq cas au moins il s'agit manifestement d'un déni.

L'affect ressenti dans le contexte du début de la maladie est nommé "helplessness" (sentiment d'être "laissé tomber" par les objets et d'être incapable de persévérer ou de se débrouiller soi-même). La personne qui ressent "helplessness" attribue cette situation à des défaillances de l'entourage, duquel elle attend une solution. Il n'y a jamais de sentiment de honte, de culpabilité ou de "hopelessness"(1). Ce sont des personnes très dépendantes, qui s'adaptent difficilement à de nouvelles situations et manifestent le désir de se rétracter devant les possibilités de promotion, changement d'emploi, mariage, maternité, respectivement paternité. Lorsque leurs accomplissements leur semblent insuffisants, elles peuvent être menacées de sentiments de "helplessness", percevant de telles situations comme une réprobation, un rejet et une perte d'objet potentiels. La perte d'objet donne lieu à des soucis et à une tristesse profonds. Dans quelques cas, on observe des deuils non résolus, pas tellement à cause d'une ambivalence envers l'objet, mais plutôt à cause d'un besoin de se raccrocher à l'objet (psychique) intériorisé, qui reflète une "incapacité de se séparer de la présence manifeste ou inconsciente d'un objet psychique".

Wallace (1975) décrit des mécanismes psychologiques spécifiques qu'il a vus associés à des poussées d'une S.E.P. diagnostiquée pendant un traitement psychanalytique ayant duré sept ans et demi. Il s'agit d'une patiente "borderline", qui avant toute atteinte physique significative présentait cliniquement des relations d'objet intenses et désespérées en même temps que ténues, une tendance à vouloir abandonner l'objet pour la satisfaction plus immédiate, des défenses précaires par le déni et la projection, des dépressions suicidaires, des limites défectueuses du Moi avec craintes de rapprochement et fantasmes de fusion. Les fantasmes de fusion avec l'objet idéalisé qui formaient la base de ses relations d'objet, l'effraient en même temps à cause des fantasmes destructeurs, cannibalistes, qui leur étaient associés. Chaque épisode de S.E.P. était immédiatement précédé par la menace d'une perte réelle ou fantasmée. Le début et l'exacerbation de la S.E.P. ne procuraient aucun soulagement de la tension associée au conflit spécifique, et les défenses névrotiques persistaient jusqu'à leur résolution par le processus analytique. La réaction psychosomatique ne peut donc être considérée comme une réponse alternative aux pulsions réprimées, mais c'est plutôt la tension accrue due à la mobilisation du conflit "borderline"

(1) "Hopelessness" : le patient se sent responsable pour la situation dans laquelle il se trouve et pour la nécessité de se résigner. Dans la conception de l'école de Rochester, les affects de "helplessness" ou "hopelessness" font partie du "giving-up - given-up complex" qui résume le contexte et les sentiments au moment où on tombe malade.

spécifique qui, en modifiant le milieu interne, provoque des changements pathologiques dans des tissus prédisposés. Si le conflit associé aux troubles de la relation d'objet résulte en démyélinisation, les stress émotionnels non spécifiques peuvent donner lieu à des phénomènes de déficit aigus et transitoires. Relevons encore, que la pseudo-euphorie a pu être retracée au besoin précoce de déni de la haine de la mère et du sentiment d'être haïe par elle, ainsi qu'à une imitation de l'attitude de déni et de fausse gaieté qui caractérisait la mère, dont la patiente ne pouvait s'imaginer qu'avec terreur d'être différente. L'élaboration de ceci a fait diminuer la fausse euphorie.

V. PSYCHOTHERAPIE

A) Expériences dont les présupposés théoriques ne comptent pas avec un facteur psychosomatique.

Day et al. (1953) rapportent sur leurs expériences dans un groupe de thérapie à orientation analytique formé de 7 malades atteints de S.E.P.

Des défenses telles que préoccupations avec des plaintes somatiques, pas de prise en considération des sentiments, recherche d'un bouc émissaire désigné comme la cause de la maladie, projection de la perte de l'estime de soi, étaient utilisées. A leur base se trouvait le déni de sentiments hostiles et l'effort d'être "bon". L'acceptation tacite de la dépendance, socialement rationnalisable et personnellement acceptable, apportait des bénéfices secondaires. Leur mise en question lorsque le patient pouvait verbaliser et comprendre son désir de dépendance favorisait la réhabilitation.

Lang (1954) rapporte brièvement sur un groupe de polyscléreux comprenant 10 patients.

Il est d'avis que l'angoisse ne sert plus dans un dispositif d'alarme, mais qu'elle expose le malade à un danger accru par l'incoordination du système neuromusculaire. La nécessité d'éviter ou de nier des stress émotionnels contrecarre l'objectif de la thérapie. L'auteur relie en outre le fonctionnalisme concret de la pensée de ses malades au fait qu'ils doivent dépenser beaucoup d'énergie mentale pour penser à des actes physiques que des personnes normales exécutent de manière automatisée.

Bolding (1961) rapporte son expérience avec un groupe de 4 à 7 S.E.P., tous mâles, malades depuis 10 à 20 ans, réunis pendant deux ans et demi dans le cadre du programme de thérapie de groupe auquel ont collaboré Day et al. et Lang.

Malgré la longue durée de la maladie, l'acceptation de celle-ci était parfois combattue. D'autre part, elle pouvait être utilisée pour structurer des solutions de compromis de conflits sexuels, tous les patients ayant eu des problèmes psychosexuels déjà avant la maladie. Alors qu'il n'était pas trop difficile de parler de la protestation contre la maladie et de son utilisation inconsciente, la menace de la récidive suscitait une angoisse intense, et sa discussion ouverte était facilement bloquée. Fatalisme, déni, vie au jour le jour étaient les défenses contre cette menace. Dans ce domaine, "une désensibilisation doit avoir lieu d'abord dans le thérapeute, ensuite dans le patient et ceci seulement au moment propice. Le pas initial du thérapeute est alors de montrer qu'il apprécie la présence de cette menace et son impact". A l'égard du thérapeute, les patients montrent "un extraordinaire besoin de soutien" qui se manifestait souvent dans une attitude passive. La frustration inévitable suscitait un ressentiment que le patient n'aurait pas osé exprimer sans cette attitude du thérapeute. Les patients présentaient une vulnérabilité à la perte. Grâce aux séances, plusieurs pertes d'objets ont pu être assumées sans aggravation de la maladie, et un patient a passé une poussée avec beaucoup plus d'équilibre subjectif que lors de ses poussées précédentes.

P. Chodoff (1959) observe 21 polyscléreux en groupe thérapeutique pour étudier les modes d'adaptation à une maladie chronique. Les relations d'un malade chronique sont timbrées par sa dépendance réelle ou potentielle, qui se présente à la fois comme une menace et une tentation. A part les occasions où des personnes handicapées sont capables d'accepter leur besoin accru de dépendance, de manière raisonnable, objective, sans amertume, deux modes principaux de traiter les problèmes de dépendance et d'hostilité ont été observés : le déni et l'exagération régressive de la dépendance. Tous les malades ont utilisé le déni dans une mesure plus ou moins importante. Il était parfois implicite dans la compétition avec les non-handicapés. L'horreur de la chaise roulante était une manifestation des plus intenses. L'adhésion acritique à des théories pseudoscientifiques concernant la S.E.P. était son expression magique. Une forme plus subtile du déni peut fournir l'explication psychodynamique concernant les patients qui présentent des réactions dépressives à leur maladie, ainsi que ceux qui tendent à imputer à d'autres la responsabilité de leur état. L'exagération régressive de la dépendance était moins fréquente dans le groupe.

Le handicap provoque l'intensification et la distorsion du besoin d'être aimé, respecté et aidé par autrui, qui entre en conflit avec ce que la société et l'idéal du moi exigent. Ce conflit suscite dans une certaine mesure de l'hostilité, de l'envie, de la peur à l'égard des non-handicapés. Chez les patients utilisant le mode d'adaptation du déni, ces sentiments négatifs peuvent être exprimés indirectement sous forme de plaintes concernant les médecins ou sous forme d'exhibitions embarrassantes de leur handicap. Pour une grande part cette hostilité est tenue à l'écart de la conscience par la formation réactionnelle d'un comportement censé faire plaisir à l'entourage et le rassurer. Les patients régressifs n'opposent pas de formation réactionnelle à leur hostilité et l'expriment indirectement par des plaintes et des demandes excessives qui ennuient l'entourage en même temps qu'ils engendrent des sentiments de culpabilité. La situation du malade est encore plus compliquée par le fait que les non-handicapés se comportent également en fonction de leurs craintes, préjugés et ambivalences à l'égard de la maladie et des malades, ce qui "déshumanise" le patient en lui imposant un rôle.

Pour O. Loras (1964) le thérapeute doit faire une investigation dynamique du malade qui lui permettra de comprendre les perturbations thymiques et caractérielles, qui résultent des appels vers la dépendance affective par besoin de sécurité, mais aussi des atteintes cérébrales. A mesure que la maladie progresse il pourra être confronté à la "névrose de chronisation", où l'anxiété "s'accroît, fortifiée par un sentiment d'impuissance à surmonter tel ou tel handicap. Celle-ci risque de devenir l'obsession tenace qui pousse ces malades et leur entourage à trouver n'importe quel moyen qui puisse enrayer la maladie ou même la guérir". Cette préoccupation obsessionnelle peut faire exclure de la maladie les sentiments qui sont à l'origine de l'anxiété, et qui concernent la détérioration physique qui menace de compromettre les relations du malade. Le médecin peut calmer l'anxiété par "des paroles qui dédramatisent le spectre de l'impuissance devant la paralysie", des tranquillisants, des toniques, et l'action apaisante sur l'entourage. "Les cas sont courants où l'ambiance est traumatisante sans que l'on parvienne à jauger ce qui revient au malade ou à l'entourage". Les séjours en centre spécialisé, qu'on préférerait à l'hôpital, sont alors bénéfiques. Chez les personnalités névrotiques, on peut rencontrer une réaction anxieuse avec état dépressif mélancoliforme et hyperdépendance dans l'angoisse, et dans ce cas l'action psychothérapeutique doit viser à "atténuer les sentiments d'infériorité, de détérioration physique, ressurgence de conflits anciens non résolus". Ou alors on est confronté à une réaction agressive avec harcèlement des médecins et de l'entourage. "Que ce malade puisse dans ce cas se faire entendre et comprendre dans certaines séquences de son agressivité, c'est déjà un certain soutien".

B) Propositions thérapeutiques à implication causale psychosomatique.

Selon Langworthy (1950) et Langworthy et Le Grand (1952), le thérapeute, pour être utile, devra être convaincu que le patient peut être aidé, mais conserver une perspective réaliste qui tienne compte des facteurs modifiables autant que de ceux qui ne le sont pas. Son attitude sera non directive et permettra au patient d'exprimer ses sentiments librement. "Au début, la relation médecin-malade est basée sur les besoins de dépendance du patient. Plus tard le patient se permet d'exprimer ses craintes et ennuis. Le médecin peut être utile en encourageant peu à peu la révélation de ses attitudes angoissantes". Une psychothérapie de soutien peut être pratiquée par le généraliste. Par une attitude de conseiller, il peut limiter l'angoisse, qui risque d'aggraver la maladie si elle s'intensifie de manière incontrôlée. La psychothérapie correctrice, dont le but est d'influencer des attitudes gênantes et de favoriser la maturation émotionnelle pourrait pour l'instant surtout constituer une méthode de recherche permettant en premier lieu de mieux connaître la maladie.

Groen, Prick et Bastiaans (1967) rapportent leurs expériences avec la prise en charge compréhensive-éducative en milieu hospitalier. Selon eux, l'attitude euphorique doit être considérée dès le début comme une défense inadéquate. Le patient doit être encouragé à se décharger émotionnellement, et ses plaintes sur lui-même, ses sentiments d'angoisse et de culpabilité, autant que son comportement narcissique, doivent être accueillis avec sympathie. Le thérapeute joue ainsi le rôle d'un père substitutif meilleur, plus compréhensif et plus généreux en amour et en sympathie. Les attitudes infantiles de ce patient impliquent tout son entourage, en particulier tout le personnel de la division et même certains autres malades. En effet, lorsque les auteurs avaient commencé cette forme de psychothérapie encourageante, le patient, sous la protection de la figure puissante du père-médecin, s'est transformé de patient servile, soumis et gentil, en une personne dominatrice, qui donne des ordres depuis son lit et perturbe l'organisation du service. Dans ce contexte, les fluctuations fonctionnelles caractéristiques de la maladie (dues aux troubles de la conduction et aux variations du sentiment de manque de confiance en soi, d'angoisse et d'insécurité) risquent d'être faussement qualifiées de simulation. Pareille remarque irritée de la part d'un soignant constitue une répétition des situations infantiles frustrantes. Le résultat d'un tel échec de la lutte infantile pour le pouvoir était une péjoration immédiate de l'état physique. Ces récidives, tout sauf spontanées, ont mis en évidence que le personnel, sans excepter les médecins, nécessite aussi de la "psychothérapie" compréhensive.

En effet, c'était surtout les soignants qui avaient eux-mêmes eu une éducation sévère à l'obéissance et pauvre en amour, qui se laissaient provoquer par le comportement infantile du patient. D'autre part, la structure hiérarchique d'une division hospitalière traditionnelle permet facilement que les conflits et frustrations, que le patient a eus dans sa famille, se répètent. Pour créer "l'atmosphère familiale" tolérante et compréhensive nécessaire à la prise en charge de malades psychosomatiques, la façon dont les chefs se comportent eux-mêmes avec les subordonnés est importante. Une direction tolérante est nécessaire pour que certains médecins et soignants puissent apprendre l'enjeu psychothérapeutique et l'art de ne pas se laisser provoquer, par le patient névrosé ou psychopathique, à un conflit, une épreuve de force, ou à l'expression de leur impatience ou irritation.

La prise en charge par les auteurs comporte outre les entretiens individuels et les contacts avec la famille, des réunions régulières avec tout le personnel, où les patients posant des problèmes sont discutés. Des séances en groupes de malades et en groupes de membres des familles sont prévues. Le but de cette prise en charge est une prévention secondaire qui crée les conditions d'un arrêt de la maladie, par la rémission grâce à l'hospitalisation pour commencer, et par les efforts pour obtenir une maturation de la personnalité tant du patient que des figures-clés de son entourage. Quant à la prévention primaire, les auteurs estiment qu'elle s'accomplit "d'elle-même" par l'évolution de la culture occidentale, avec "l'affaiblissement de l'autorité paternelle, la plus grande liberté des enfants (surtout des filles), les interdictions moins sévères de l'activité sexuelle infantile et une réaction moins culpabilisée à une telle activité". Les auteurs terminent en souhaitant "des attitudes plus tolérantes respectivement un meilleur équilibre, entre punition et récompense, à l'école et à l'usine"...

Nous avons parlé du traitement psychanalytique d'une patiente de structure borderline (Wallace 1975), chez qui le diagnostic de S.E.P. a été posé pendant le traitement. "Il est alors apparu que la psychothérapie intensive d'orientation analytique a probablement stimulé des réactions transférentielles intenses qui ont provoqué des rechutes de S.E.P., mais n'a pas permis une résolution suffisamment rapide pour que la détérioration soit évitée". Ceci s'est produit deux fois, lors des vacances annuelles du thérapeute. L'auteur ayant pris la patiente en analyse formelle, il était possible, à trois reprises, d'obtenir la rémission par la résolution du conflit mobilisé dans la névrose de transfert. L'incertitude s'il sera possible de résoudre les conflits transférentiels avant que des lésions neurologiques irréparables se produisent, rend la décision d'une telle thérapie difficile, en tous cas s'il s'avère que le conflit borderline spécifique est régulièrement le mécanisme déclenchant de la rechute. L'auteur est réticent en ce qui concerne le traitement psychiatrique intensif chez un malade atteint de S.E.P. dont la situation de vie est stable et la maladie inactive. Mais si la situa-

tion de vie est instable et que la maladie ait été active récemment, la psychanalyse doit être envisagée sérieusement. Cependant, des cas avancés de S.E.P. ne peuvent être traités analytiquement que si une alliance thérapeutique ferme a été établie antérieurement, à cause de la nécessité pour ces patients de maintenir le déni. Si cette défense est mise en question, des problèmes contre-transférentiels sont inévitablement suscités par la douleur psychique du patient et compliqués par le savoir qu'une inattention temporaire à la dynamique du patient peut résulter en un handicap définitif.

B. OBSERVATIONS

HELEN

Née en 1941, divorcée, fonctionnaire.

Antécédents médicaux

Un épisode de diplopie et paralysie de l'accomodation au printemps 1968.

Hospitalisation actuelle

9 avril 1976 - 7 mai 1976

Motif d'hospitalisation :

Vertiges d'origine centrale provoquant des troubles de l'équilibre, nausées et vomissements.

Constatations neurologiques :

"Nystagmus horizontal dans le regard latéral droit, et vertical dans le regard vers le haut... Les papilles sont symétriquement bien colorées. Discrète hyperréflexie du membre supérieur gauche... aucun trouble cérébelleux cinétique, aucun trouble de la sensibilité... A la station debout, elle tend à chuter des deux côtés, ainsi qu'à l'épreuve d'Unterberger."

Liquide céphalo-rachidien :

Protéines normales. Globules blancs : 24/3. Benjoin Colloïdal : courbe déviée à gauche. Augmentation des gamma-globulines, forte augmentation des Igg.

Examen O.R.L. :

"signe vestibulaire d'origine centrale. (Epreuve calorique, ENG)."

Examen neuropsychologique (conclusions) :

Rien de pathologique chez cette personne de bon niveau intellectuel.

DIAGNOSTIC

- Syndrome vestibulaire central, d'origine inflammatoire.
- Névraxite probable.

Anamnèse biographique

La patiente a le souvenir d'une enfance surprotégée. Enfant unique de parents faisant partie de l'aristocratie britannique, elle était entourée par une gouvernante. Des disputes constantes entre les parents pendant lesquelles le père aurait été violent, ont abouti au divorce lorsque la patiente avait cinq ans. Elle dit ne pas avoir de souvenir de ce conflit, duquel elle aurait été tenue à l'écart. Elle a revu son père une fois à 20 ans et était déçue du peu d'intérêt qu'il lui témoignait. De 5 à 15 ans, elle était élevée dans un couvent. Depuis le divorce, la mère vit avec un homme qui l'a épousée plus tard, que la patiente aime bien, mais dont elle dit qu'il lui a toujours inspiré "une sainte crainte". Le beau-père était en effet "très strict", et la patiente savait qu'elle ne devait pas provoquer son mécontentement. De 15 à 20 ans, elle habitait chez sa mère et faisait une école de secrétariat.

A 20 ans, elle s'est mariée avec un homme de dix ans son aîné, sous la pression d'un ultimatum posé par lui. Elle était indécise, ayant déjà des projets de mariage avec un jeune homme, qui à son tour hésitait entre elle et une autre fille. La patiente dit que ses parents s'attendaient à ce que son mariage tourne mal, mais ne lui disaient rien, la voyant très amoureuse. Elle ne se souvient pas d'avoir été amoureuse et attribue son mauvais choix à l'inexpérience dont serait responsable sa jeunesse protégée. Les rapports sexuels n'étaient pas satisfaisants. La patiente entreprend une formation économique et se sent intellectuellement mûrir et capable de s'émanciper de son mari, dont elle ne partage ni les goûts ni l'amoralisme. L'indifférence mutuelle aboutit à la séparation à l'amiable lorsque la patiente à 24 ans, suivie du divorce.

En 1965, la patient vient en Suisse, où elle connaît l'homme avec qui elle vit actuellement, qui est de six ans son cadet. Quand il était encore étudiant, la patiente était d'un important appui pour lui, mais ceci change lorsqu'il devient cadre d'une grande entreprise. La patiente se sent de plus en plus dépendante de lui, hantée par l'idée de le perdre. Au printemps 1968, elle lit des lettres appartenant à son ami, qui prouvent qu'il a une maîtresse. Elle est déprimée et angoissée. Lorsque la tension diminue, son ami l'ayant rassurée, une diplopie s'installe pour six semaines, l'accomodation restant fixée à deux mètres. Elle voit beaucoup de médecins, qui évoquent plusieurs diagnostics : dépression, allergie, intoxication à l'atropine, léger botulisme. Elle évite désormais de voir ce qui pourrait menacer la relation avec son ami, et pour la préserver, elle adopte une attitude particulière. L'ami détestant par-dessus tout les scènes, elle évite ce qui pourrait lui causer des émotions, et condamne l'expression de ses propres besoins comme étant du "chantage affectif". Or cela ne la libère pas du sentiment de gêner ni ne l'empêche de se trouver de plus en plus laide et insignifiante.

Il y a deux ans, elle commence à l'insu de son ami une relation amoureuse avec un père de famille, chaleureux et compréhensif, dont l'épouse était une amie de la patiente. Avec lui, elle a pour la première fois des rapports sexuels heureux. Parallèlement, la relation avec son ami-conjoint s'améliore sur le plan affectif, tandis que les rapports sexuels avec lui deviennent rares.

Fin 1975 la relation avec l'amant est perturbée par l'épouse de celui-ci, qui attaque physiquement la patiente. Terrorisée, elle revoit cet homme encore deux ou trois fois dans une situation de grande tension, finit par liquider son appartement en Espagne où l'altercation a eu lieu, et se lance dans l'achat d'une villa près de la même localité. Ceci représente un gros tracas administratif. C'est lorsque la transaction est terminée vers le 21 mars, qu'elle perçoit les premiers troubles prémonitoires de la poussée actuelle : troubles mnésiques, petits étourdissements. Le 26 mars, en se levant le matin, elle tombe à cause du vertige. Le 3 avril elle commence à vomir, et le 6 avril elle ne peut plus bouger, chaque mouvement la faisant vomir. Son ami l'amène à l'Hôpital.

Status mental

Attitudes et défenses caractéristiques d'une personnalité hystéro-phobique : désir de plaire, séduction, tendance à la dramatisation, vie sexuelle constamment conflictuelle. Phobies (des espaces clos, des foules), conduite d'évitement. Isolement affectif et dénégation.

Lors de l'entretien, nous sommes impressionnés par la primauté de l'agissement dans le vécu de la patiente, qui paraît ainsi ballottée par les événements et en train de se débattre constamment contre des adversités plus ou moins dépersonnifiées. La patiente reconnaît sa tendance à agir avant de comprendre les sentiments qui motivent l'action. Son impulsivité correspond à des sentiments d'immaturité et d'infériorité qui est en général compensée par des exigences d'être sage et travailleuse et de ne jamais gêner par l'affirmation de ses désirs, ni par l'expression de ses sentiments, pour ne pas compromettre des relations importantes. La patiente en arrive à cacher à elle-même ses besoins. Elle estime à une grande valeur cette capacité particulière d'adaptation qui, avec son ami en tout cas, lui semble le seul mode relationnel possible.

Situation déclenchante

Première poussée probable ; la diplopie et la paralysie de l'accomodation se produisent après un état anxieux de plusieurs semaines, dû à la crainte que son ami pourrait l'abandonner, la crainte étant née de la vue de quelque chose (les lettres de l'ami) qui menaçait sa sécurité affective.

Pousée actuelle : vertiges, nausées et vomissements après un état d'épuisement attribué aux tracas qu'ont causé des démarches immobilières fastidieuses, démarches motivées par l'évolution tumultueuse des relations sentimentales de la patiente. J'ai l'occasion de revoir la patiente six mois après l'hospitalisation : son ami vient de la prier de quitter l'appartement pour faire de la place à une autre femme. La patiente se rend compte, maintenant seulement que pendant les mois qui avaient précédé l'hospitalisation, elle vivait dans la crainte d'être abandonnée.

Réaction à la maladie

Reprenant l'explication donnée par les neurologues, la patiente dit avoir une inflammation virale. Bien qu'elle se sente encore faible - ce qui l'étonne - elle affirme que le traitement par injections a eu un effet "sensationnel". Elle reprendra le travail le plus tôt possible, car elle n'aime pas être payée sans travailler. A l'Hôpital elle est touchée par la gentillesse des connaissances qui lui rendent visite, gentillesse dont elle se croit incapable, s'estimant trop égoïste.

La maladie a l'air de s'effacer du vécu de cette patiente au profit de ses péripéties sentimentales. D'autre part, elle constate avec émerveillement qu'elle est toute calme, qu'elle ne s'est au fond jamais sentie aussi bien que depuis qu'elle est à l'Hôpital, malgré son ignorance complète quant aux intentions de son ami et de son amant espagnol. Quatre jours plus tard, c'est avec le même étonnement qu'elle me rapporte avoir pleuré la nuit, larmes dont elle ne comprend pas les raisons.

EVELYNE

Née en novembre 1959, apprentie.

Anamnèse médicale

De 8 à 10 ans, vomissements acétonémiques. Toujours sujette aux nausées, ne supporte pas la voiture. A 14-16 ans : tiraillements dans les jambes attribuées à une croissance rapide. Parfois douleurs abdominales attribuées à la même cause, donc localisée dans la musculature de la paroi abdominale, mais ayant fait penser à l'appendicite, à des ennuis de digestion, aux ovaires. Fin 1975, série de symptômes, dont certains peuvent être attribués à une première poussée de S.E.P. : en automne, vomissements qui l'empêchent de manger, traités avec succès par des anxiolytiques. Plus tard, difficultés visuelles attribuées à la myopie, mais qui ne s'améliorent pas avec les lunettes.

Hospitalisation actuelle

27 août 1976 - 11 septembre 1976.

Motif d'hospitalisation :

Diplopie horizontale dans le regard latéral droit.

Constatations neurologiques :

Fond d'oeil : papilles d'aspect normal. Motilité oculaire : parésie du droit externe à droite. Hémisyndrome gauche avec discrète diminution de la force, hyperréflexie, Babinski, et hypoesthésie de la main et du pied.

Examen ophtalmologique :

"Les PEV font penser à une névrite optique bilatérale".

Examen neuropsychologique (conclusions) :

Rien de pathologique"chez cette patiente dont le niveau opératoire est limité mais dont l'efficience intellectuelle est normale".

DIAGNOSTIC

Sclérose multiloculaire probable.

Anamnèse biographique

Enfant unique d'un fonctionnaire. La mère a fait une fausse-couche lorsque la patiente avait 3 ans. Très peureuse depuis toute petite. Pleurait beaucoup.

Les vomissements entre 8 et 10 ans, attribués à l'acétone, se produisaient d'habitude à la veille d'événements que la patiente attendait avec joie, tels que des excursions. Pour tenter d'éviter ces crises, les parents finissaient par ne plus lui faire part de leurs projets. Plus tard elle vomissait lorsqu'elle "ne pouvait pas digérer" une contrariété. Elle dit ressembler en cela au père, qui, comme elle, n'arriverait pas à "envoyer promener"les gens, et vomirait facilement lors de contrariétés. Actuellement, elle est en conflit avec son père, qui serait par trop restrictif à l'égard des sorties. Lorsqu'il lui refuse quelque chose, elle ne réussit pas à exprimer sa colère, mais s'enferme dans sa chambre et pleure. Au fond, la mère serait aussi "nerveuse", mais "elle arrive moins bien à vomir" que la patiente et le père. La patiente lui reproche de toujours se ranger du côté du père, bien qu'elle paraisse sympathiser avec le point de vue de la patiente.

La patiente n'a jamais été forte à l'école, parce qu'elle s'affollait lors des épreuves et lorsqu'on lui posait des questions. En septembre 1975 il n'est pour cette raison plus probable qu'elle puisse être promue à l'année scolaire suivante, et elle décide de chercher une place d'apprentissage. Or, une fois prise la décision de quitter l'école, elle n'a plus le trac aux épreuves et avance bien, de sorte que les professeurs, qui maintenant ne lui paraissent plus "sadiques" comme auparavant, lui proposent de rester à l'école. Ainsi, lorsqu'elle obtient une place d'apprentissage en juin 1976, elle se met à pleurer. Elle décide quand même d'accepter le poste, pour ne pas décevoir le père et l'oncle qui le lui ont trouvé, et à cause de la situation sur le marché du travail.

Depuis l'hiver dernier (après les symptômes), elle a une relation sentimentale avec un apprenti. Il n'y aurait pas de problème, et elle ne m'en parle pas beaucoup. Notons que la patiente est étonnée que son père admette bien cette relation.

Status mental

Au début de l'entretien, la patiente montre de l'angoisse, qu'on voit se relier à la question de la date de sortie de l'Hôpital. Elle me fait pitié d'abord, mais ce sentiment s'estompe à mesure que l'angoisse s'atténue, la patiente "se refroidissant" en quelque sorte. Elle finit par nier tout symptôme de tension anxieuse, et ne paraît plus aucunement déprimée.

Elle se plaint avec insistance des entraves à la liberté que lui opposerait son père. Elle dit : "quand mon père ne sera plus là, j'aurai plus de liberté", et ajoute qu'elle ne souhaite pas sa disparition, mais que sa mère, seule, ne pourrait pas la restreindre comme lui.

Le conflit avec son père paraît actuellement sa préoccupation principale. Pour le reste, son discours est affectivement pauvre, et la patiente s'attarde à des sujets où elle n'est pas personnellement impliquée.

Situation déclenchante

L'origine des symptômes lors de la première poussée probable n'est pas certaine : les vomissements sont-ils psychogènes ou organiques ? La patiente les met en relation avec l'échec scolaire.

La deuxième poussée se produit un à deux mois après la décision de s'engager dans une activité professionnelle (apprentissage de commerce dans une agence de voyage) qui ne l'intéresse plus, mais qu'elle ne refuse pas pour ne pas décevoir son père. Elle évolue en deux temps : les symptômes disparaissent après quelques jours, lors du

départ de la famille pour les vacances, et réapparaissent au retour.

La maladie neurologique s'est déclarée lorsque la patiente se trouvait démunie devant des exigences scolaires et professionnelles, qui se distinguent de ses conflits antérieurs par le fait que les défenses hystérophobiques se révèlent inefficaces et la manoeuvre sado-masochique impossible.

Réaction à la maladie

On lui a dit qu'elle souffrait d'une "maladie virale" et que la diplopie risquait d'aller et venir. La diplopie l'inquiète davantage que les paresthésies, qui ont vite disparu. Actuellement, la patiente paraît cependant surtout préoccupée de ne pas voir sa sortie de l'Hôpital retardée.

ALICE

Née en 1942, ancienne secrétaire, mère de famille.

Anamnèse médicale

Une tante maternelle souffre de la S.E.P.
Lors de l'accouchement en janvier 1971, crise tétaniforme attribuée à un manque de calcium. Etat d'asthénie par la suite.
S.E.P. évoluant à bas bruit depuis la fin de 1972, ayant commencé par une détérioration de la vue surtout de l'oeil droit, aggravée après des efforts physiques et alors accompagnée d'un érythème de la face et du cou. Souvent "fatiguée sans raison". Depuis deux ans, à quatre ou cinq reprises, anesthésie nocturne de la jambe droite. Depuis 1974, troubles de la coordination de mouvements fins (écriture), lourdeur de la jambe droite. Depuis 5-6 semaines, traîne le pied droit.

Status neurologique du 31 janvier 1977, deux mois après l'hospitalisation :

Fond d'oeil : pâleur temporale bilatérale prédominant à droite. Membres supérieurs : hyperréflexie bilatérale plus marquée à droite. Hypotonie droite discrète avec syndrome cérébelleux cinétique droit. Membres inférieurs : hyperréflexie droite. Réflexes cutanés plantaires indifférents des deux côtés. Pas de déficit moteur ni sensitif. Epreuve talon-genou correcte des deux côtés. Equilibre et démarche sens particularité.

Liquide céphalo-rachidien :

Protéines normales. Globules blancs 10 3. Augmentation des gamma-globulines à 14,6 %. Déviation gauche au Benjoin Colloïdal.

DIAGNOSTIC

Sclérose en plaques probable.

Anamnèse biographique

Née à Londres. Père employé à un poste sous qualifié, parce qu'il manquerait de confiance en lui. Il est décrit comme renfermé, sévère, obstiné, mais faisant parfois de grands cadeaux à la patiente. La mère est plus douce, et le contact avec elle était meilleur. Lors des bombardements, évacuation avec la mère au Nord. La patiente pense que c'est à cause des problèmes résultant de la guerre, qu'il y a toujours eu une certaine distance entre elle et ses parents ainsi qu'entre elle et sa soeur cadette, pour qui l'enfance aurait été plus facile. Elle aurait néanmoins été une enfant enjouée. A 14 ans ½, ménarque, dont elle n'ose pas avertir sa mère. Ecole secondaire, cours commerciaux, emplois de bureau.

A 21 ans, elle quitte ses parents et vient à Genève, où elle a un poste de secrétaire qui l'intéresse. Activités sportives multiples.

A Genève connaît son futur mari. N'a pas de rapports sexuels avant de savoir qu'elle va se marier, par peur d'être enceinte. Mariage à 27 ans (1969).

Le mari, mécanicien, de quatre ans son aîné, est décrit comme impulsif, colérique, manquant parfois de respect à l'égard de la patiente, autoritaire et facilement jaloux. La patiente dit qu'elle s'arrange bien avec lui. Entente sexuelle satisfaisante.

Première crise conjugale lorsque la patiente découvre qu'elle est enceinte. Le mari n'est pas enchanté, car il projette d'ouvrir un garage. Plus tard, il sera content, fier même d'avoir un fils. La patiente ne s'est jamais sentie aussi bien, aussi pleine de vie, que pendant sa grossesse. Accouchement en avril 1971, six semaines avant terme, peut-être parce qu'elle a été trop active. Un mois après, elle reprend son travail à plein temps et quatre mois après, elle reçoit un traitement de vitamines pour un état de fatigue. Les deux époux travaillent beaucoup pour le garage, qui pourra être ouvert fin 1971.

Les troubles visuels, survenus à la fin de l'année 1972, sont attribués, par le médecin de famille et par l'ophtalmologue, au surmenage. La patiente se sent en effet constamment fatiguée et est bles-

sée par les remarques du mari, selon lesquelles un travail de secrétaire et de menagère ne justifie pas une fatigue telle.

En juillet 1975, elle doit arrêter le travail, son fils étant entré à l'école. Cette nécessité la déprime légèrement. Elle continue par la suite à souffrir de fatigue et de faiblesse.

Depuis l'été 1976, deuxième crise conjugale. Pendant six mois, la patiente soupçonne son mari d'avoir une maîtresse, et finit par apprendre que ses soupçons sont justifiés et concernent la maîtresse d'école de son fils. Elle devient irritable et agressive, craint de faire un grand éclat de colère, refuse au mari les rapports sexuels, mais ne discute pas le problème avec lui. C'est juste avant que son mari parte en voyage d'affaires aux Etats-Unis, qu'elle l'informe qu'elle vient de demander le divorce. Elle m'explique, qu'elle a choisi ce moment, "pour qu'il parte le couteau dans le dos". Avec son fils, la patiente retourne dans sa famille en Angleterre. Elle se détend. De retour de voyage, le mari la supplie au téléphone de rentrer, ce qu'elle fait. Pour l'instant, elle renonce au divorce. L'histoire n'est jamais discutée entre époux, et le mari n'a jamais reconnu explicitement sa "faute".

Lors de l'hospitalisation de la patiente, le mari proteste contre le fait de ne pas avoir été consulté.

Status mental

La patiente ne montre aucune angoisse, aucun symptôme de dépression. Elle est d'un contact agréable, souriante, vive. Pendant la majeure partie de l'entretien, elle me laisse croire, que son ménage cahote "sans problèmes". C'est vers la fin seulement, qu'elle se souvient d'avoir fait une demande en divorce. Je n'ai pourtant pas l'impression qu'elle veuille me cacher des choses. C'est plutôt comme si la tension engendrée par le conflit conjugal n'était actuellement pas ressentie.

Il n'y a pas de symptôme névrotique, à part "l'utilisation hystérique" de sa maladie, et la qualité presque conversionnelle de certains symptômes attribués à celle-ci (asthénie, érythème vasomoteur).

Situation déclenchante

Apparition de symptômes neurologiques (névrite optique) fin 1972, attribués au surmenage. L'état d'asthénie, souvent prodrome et symptôme d'une poussée de S.E.P., dure depuis l'accouchement en 1971.

Apparition du dernier symptôme, dû à la parésie spastique du MID (elle traîne son pied), après avoir renoncé au divorce et être retournée auprès de son mari.

Réaction à la maladie

L'asthénie et la baisse de l'acuité visuelle avaient pendant longtemps la fonction de certifier, aux yeux de la patiente, sa dépense d'énergie pour le travail et pour le ménage, et leur qualité subjective lui donnait lieu d'accuser l'incompréhension du mari et des médecins, d'autant plus que, une fois le travail arrêté il lui semblait que les médecins incriminaient maintenant des troubles psychologiques dûs à l'oisiveté... Aussi accueille-t-elle avec une espèce de triomphe la décision du généraliste de la faire examiner par un neurologue et les conclusions positives de celui-ci. Elle est satisfaite que le mari soit obligé de reconnaître, qu'elle a quand même "quelque chose". Elle dit qu'elle a été contente également de voir traîner son pied, car elle a reconnu là un "symptôme sclérotique" de sa tante, et elle sait maintenant ce qu'elle a. Elle se dit également satisfaite qu'on ait, en Neurologie, "trouvé le virus".

JANINE

Née en 1949, secrétaire, célibataire.

Anamnèse médicale

Depuis l'enfance, souffre de troubles de l'équilibre, déviait à gauche en marchant les yeux fermés. A 15 ans, névrite optique droite, guérie avec des corticoïdes. Printemps 1970 : paralysie faciale droite, diplopie, troubles de l'équilibre. Guérie avec cortisone. Décembre 1973 : troubles de la sensibilité superficielle à la cuisse droite, prenant ensuite en ceinture les fesses et les grandes lèvres, disparaissant la troisième semaine sans traitement.

En outre, une insensibilité vaginale, dont se plaint la patiente, aurait été confirmée par un gynécologue il y a deux ans.

Hospitalisation actuelle

12 décembre 1976 - 23 décembre 1976. Deux jours après un épisode grippal, apparition de troubles de la vision, de vertiges, de sensation d'éloignement des sons et de troubles de l'équilibre, suivis de troubles de la sensibilité progressant depuis le pouce droit sur tout le membre supérieur droit, la nuque et l'oreille droite.

Constatations neurologiques :

Pâleur temporale de la papille droite, papille gauche légèrement hyperémiée. Hypoesthésie au piquer et au toucher concernant tout le membre supérieur droit et la partie supérieure de l'hémi-thorax droit. LCR peu inflammatoire.

DIAGNOSTIC

Sclérose en plaques en poussée.

Anamnèse biographique

Née en Lorraine, où le père était ingénieur. Aînée de trois soeurs. Le père est décrit comme émotif d'un côté, ayant facilement les larmes aux yeux, et de l'autre côté attaché aux principes formels et à une éducation conçue pour créer une image favorable à l'intention de l'extérieur. "La mère éduquait, le père surveillait", mais aucun des deux n'était vraiment sévère. La patiente avait toujours une certaine gêne devant le père, tandis que le contact avec la mère était meilleur. Elle avait peur de perdre son père dans un accident de mine, mais ne l'exprimait pas, pour ne pas inquiéter sa mère.

La patiente était une enfant plutôt triste, plutôt renfermée, aimant à être seule. De huit à dix ans, elle était envoyée dans un internat, pour y apprendre les bonnes manières. Au retour, elle travaillait beaucoup et consciencieusement au ménage de sa famille.

Elle reproche aux parents de ne pas avoir laissé leurs filles jouer avec des garçons, de sorte qu'elles ont passé toute leur enfance "entre femmes". Au lycée, il y avait bien des garçons, mais là, la patiente se restreignait elle-même en rejetant tout ce qui n'était pas utile aux études. D'autre part, elle n'osait pendant longtemps pas sortir avec un garçon, ignorant comment ses parents réagiraient. Ménarque à 12 ans, effrayante car la patiente avait oublié l'explication donnée deux ans auparavant par sa mère. De 18 à 19 ans, elle fréquente un étudiant qui n'est pas accepté par ses parents. Elle ne prend pas beaucoup de plaisir aux relations sexuelles, ce qu'elle explique par la culpabilité vis-à-vis des parents et par "l'insensibilité vaginale". Elle est enceinte et se fait avorter en janvier 1969, solution proposée par ses parents et acceptée parce que l'ami se désintéresse et qu'elle suit des études.

En juin 1969, elle passe un diplôme supérieur de secrétariat. En novembre 1973, elle quitte la région parisienne où habitent ses parents, suit son fiancé dans le pays de Gex et travaille à Genève comme frontalière. Le fiancé est suisse, divorcé, ayant un fils âgé actuellement de sept ans, avec qui la patiente s'entend mal.

Situation déclenchante

Première poussée, à quinze ans : vision subitement trouble lorsqu'elle était au bord de la mer en famille. Elle n'avait pas de problème particulier.

L'année précédant la deuxième poussée, il y a l'avortement et le décès du grand-père maternel d'un cancer à la gorge. La mère, très touchée par cet évènement, découvre elle-même un cancer au sein droit, dont elle est opérée. La patiente a sa deuxième poussée de sclérose en plaques juste après l'opération de sa mère.

Troisième poussée, un mois après avoir suivi son fiancé dans la région genevoise. Rechute attribuée non pas à ce changement de situation, mais à la "phobie des rechutes" dont elle souffrirait depuis qu'un professeur de neurologie lui aurait dit, lors de la poussée précédente, qu'elle aurait des récidives tous les 4 ou 5 ans.

Avant la poussée actuelle, plusieurs évènements ont eu lieu : - Projet du fiancé de prendre son fils chez lui, ce qui impliquerait la séparation de la patiente, - accident de voiture et tracas d'assurance, - licenciement et risque de perdre son permis de frontalière. Dans cette situation, la patiente entre dans un état dépressif anxieux caractérisé entre autre par des préoccupations constantes avec sa frigidité et une attitude boudeuse et irritable à l'égard de son fiancé. C'est en partie sur l'insistance de celui-ci qu'elle se décide à un traitement psychothérapique. Dans les jours précédant l'hospitalisation, elle a eu les deux premiers entretiens avec un psychologue.

Status mental

Patiente déprimée, pleurant facilement, se plaignant de ruminations suicidaires et de manifestations d'irritabilité. Elle déclare ne pas vouloir rendre malheureux en étant malheureuse, et déplore de ne pas être normale. Son anormalité consisterait en une insensibilité vaginale, qui lui interdit une satisfaction sexuelle normale. Pour cette raison, elle dit craindre la perte de son fiancé et l'impossibilité de fonder un foyer. Sans trop croire à son origine psychologique, elle veut tout tenter pour obtenir l'élimination de ce symptôme, qui éclipse toutes les autres menaces pesant sur sa sécurité affective.

Le poids disproportionné placé sur la déficience supposée de ses organes génitaux, qui aboutit à une compréhension déformée de la réalité, n'est, dans l'état actuel de la patiente, pas accessible à la critique. Mais d'une manière plus globale, la patiente est consciente que l'origine de ses difficultés relationnelles est en elle-même et c'est aussi "pour voir clair en elle", qu'elle a décidé d'entreprendre un traitement psychologique.

Habituellement, elle se contrôle de manière stricte, est attachée à l'ordre et sème parfois le désordre pour ne pas pêcher par maniaquerie excessive. Elle dit remarquer en elle "la phobie de l'oubli". Aspirant à la perfection, elle est envahie de sentiments d'humiliation lorsqu'elle se sent prise en défaut.

Réaction à la maladie

La patiente refuse d'appeler ses accès de troubles neurologiques, dont elle ne prononce d'ailleurs jamais le nom, une "maladie", mais elle préfère les nommer "accidents" puisqu'ils sont passagers. Mais cette banalisation ne l'empêche pas d'être obsédée par l'idée d'une poussée tous les trois ou quatre ans, au point d'attribuer les poussées à cette crainte. Elle estime qu'avec cette maladie elle ne peut pas se permettre d'avoir des défauts, car elle trouverait difficilement un partenaire prêt à accepter ses poussées.

FRIEDA

Née en 1940, secrétaire, célibataire.

Anamnèse neurologique

Probable première poussée à l'âge de 9 ans : parésie du MID, attribuée à l'épuisement physique.

Poussée actuelle depuis octobre 1975. S'étant exposée au courant d'air, la patiente a eu froid et a ressenti des troubles de la sensibilité au MID. En novembre, faiblesse et douleurs lombaires à la station debout. Le 23 décembre, après une nouvelle exposition au courant d'air, elle voit trouble de l'oeil droit. En janvier 1976, état grippal entraînant une sensation de froid (surtout au niveau de la jambe droite), troubles ataxiques de la jambe droite, troubles sphinctériens, sensation d'étouffement et d'enflure au cou. Elle est hospitalisée en état de faiblesse générale.

Hospitalisation actuelle
27 février 1976 - 17 avril 1976.

Constatations neurologiques :

Pâleur papillaire à droite. Paraparésie spastique, plus marquée à gauche. Discrète hyperesthésie à la face antéro-externe de la jambe droite. Troubles cérébelleux spastiques, démarche de type cérébello-spastique.

DIAGNOSTIC

Névraxite.

Anamnèse biographique

Née en Tchécoslovaquie, fille d'un propriétaire terrien d'origine allemande. En 1946, la famille est expulsée et arrive en Allemagne de l'Ouest, où elle entre d'abord dans un camp de réfugiés et est accueillie ensuite par des paysans - mal accueillie, car les paysans y avaient été contraints par l'Etat. Aux réfugiés, on jetait des injures et des cailloux.

La patiente est attachée au père, qui, en 1947-1948, a subi un accident de travail avec fracture du crâne et long coma, suivi d'un état d'invalidité avec ralentissement psychique et troubles mnésiques. La mère était renfermée et soucieuse. Energique, elle a su assurer la survie de la famille. La patiente dit qu'elle l'admire et la respecte.

La patiente a un demi-frère, de 12 ans son aîné, qui vivait avec le premier mari de la mère, en Autriche. Lorsque la patiente a neuf ans, la mère franchit à pieds et illégalement la frontière, pour enlever le fils à son père qu'elle estimait incapable. La patiente a dû accompagner la mère dans ce voyage, car son père était trop malade pour s'occuper d'elle. Elles reviennent sans le demi-frère. Pendant les semaines qui suivent, la patiente souffre de faiblesse du MID, attribuée par les uns aux effets de la marche, par les autres à la simulation.

Devenue secrétaire, la patiente ne s'est pas permis beaucoup de loisirs, et a toujours travaillé dur pour acheter des choses dont ses parents avaient besoin, car, dit-elle, ils le méritaient. Elle n'a pas beaucoup d'amis, ce qu'elle explique par la discrimination dont elle a été victime comme réfugiée.

A Genève depuis une dizaine d'années, elle y a connu son fiancé, homme d'affaires, d'une vingtaine d'années son aîné. La relation est troublée par la famille du fiancé, à laquelle la patiente reproche d'être trop intrusive, de ne pas respecter l'intimité du couple, et de soupçonner la patiente d'exploiter sa jeunesse en s'attachant un homme plus âgé qu'elle et riche.

Situation déclenchante

Une possible première poussée, à neuf ans, après une longue marche avec sa mère, en quittant son père.

La poussée actuelle s'étale sur quatre mois, durant lesquels la patiente souffre d'ennuis avec un personnel négligeant et querelleur,

auquel le fiancé a confié la construction d'immeubles. La patiente a été plutôt opposée à ce projet. Il s'accumule tant de raisons de s'énerver, qu'elle ne parvient plus à se fâcher. La faiblesse générale qui nécessite l'hospitalisation intervient au moment où le gros des difficultés avec la construction semble passé. D'autre part, ces tracas immobiliers coïncident avec des projets de mariage, qui actualisent certains conflits liés à la relation avec son fiancé.

Status mental

En début d'entretien, la patiente est légèrement angoissée et réticente. Elle craint de m'ennuyer et est gênée de me parler des tracas qui précèdent l'hospitalisation. C'est une personne qui se montre vouée aux idéaux de justice et travail et semble considérer comme répréhensible de suivre ses envies personnelles. Sa gêne de me parler de ses ennuis matériels paraîtrait disproportionnée, si on ne reconnaissait pas qu'elle se réfère en réalité aux conflits affectifs que la patiente n'ose guère s'admettre à elle-même.

Réaction à la maladie

La patiente ne trahit pas de connaissance du diagnostic. La légère angoisse au début semble due à l'entretien plutôt qu'à la maladie. Lorsque je lui demande si elle pense qu'elle pourrait rechuter un jour, elle devient presque exaltée, d'un ludisme un peu crispé, et refuse d'en parler, puisqu'elle va mieux. Elle exprime ensuite son admiration devant son corps, dont elle a pu, avec le succès de la physiothérapie, constater les potentialités fonctionnelles.

Notons encore, que la patiente utilise la maladie pour expliquer le retard d'un mariage qu'elle n'est pas tout à fait certaine de vouloir conclure.

MONIQUE

Née en 1920, mariée, ménagère.

Anamnèse neurologique

Il y a neuf ans, petit fourmillement au bout de la main droite. Séjour hospitalier, où on pose, après une PL, le diagnostic d'infection virale. Pas de traitement, pas d'amélioration.

Une année plus tard, une myélographie gazeuse incite à intervenir sur la colonne vertébrale. Pas d'amélioration. Les fourmillements touchent également la main gauche.

Au bout de deux ans, intervention sur les sept vertèbres cervicales. La patiente met longtemps pour retrouver une marche presque normale. Aggravation progressive et continue. Il y a trois ans, la jambe droite, trop faible, doit être mise en attelle. La patiente se déplace avec deux béquilles. Douleurs dues à la tension musculaire, variant sous l'influence climatique.

En mars 1976, "crise" provoquée par une grande fatigue et une contrariété. Aggravation de la spasticité, nécessitant l'hospitalisation actuelle.

Hospitalisation actuelle

30 mars 1976 - 17 mai 1976.

Constatations neurologiques :

Hypotrophie surtout au niveau des avant-bras et des mains, prédominant à droite. Position de prédicateur des doigts de la main droite. Réflexes tricipitaux vifs et symétriques, bicipital, stylo-radial et cubitopronateur faibles des deux côtés plus à droite. Membres inférieurs : position en ciseaux. Hypertonie très importante, surtout à gauche. Babinski bilatéral. Sensibilité profonde diminuée au-dessous du genou gauche. Démarche impossible. Examen neuropsychologique : Léger déficit à une épreuve mnésique.

DIAGNOSTIC

Sclérose en plaques.

Antécédents familiaux

La mère est tombée malade de S.E.P. il y a vingt ans. En 1961, elle fait une chute, se casse le col du fémur et a des escarres géantes qui ne se ferment plus. Elle passe presque une année suspendue par une barre qui transperce les genoux, et décède lors du transfert dans une clinique pour incurables.

Antécédents personnels

Née en Suisse orientale, fille d'un fondé de pouvoir. Le père a perdu en spéculant et meurt d'infarctus quand la patiente a douze ans. Au sujet des deux parents la patiente indique qu'ils étaient gentils, sans les caractériser de plus près. L'enfance et la jeunesse étaient marquées par la sévérité de la mère, qui surveillait la patiente de près et n'autorisait que de rares sorties en compagnie d'autres jeunes-filles "bien". Par ailleurs, la patiente souffrait de la conviction d'être laide, à cause d'une certaine obésité. Pas d'éducation ni d'expé-

rience sexuelle. Après l'école, à 16 ans, elle passe une année en Suisse romande dans un ménage de vieilles filles, et retourne ensuite dans l'épicerie de sa mère.

A 22 ans, elle se marie avec un horloger de 15 ans son aîné, qu'elle a connu lors de son stage en Suisse romande et revu quelques fois depuis. L'entente conjugale est difficile au début, ce qui est attribué à l'inexpérience du couple. Sur le plan économique également, la situation tarde beaucoup à devenir confortable. Deux enfants adultes sont mariés et ont de la famille. C'est le mari, retraité depuis trois ans, qui jusqu'à l'hospitalisation actuelle s'est occupé des besoins quotidiens de la patiente.

Status mental

Malgré l'état anxio-dépressif, la patiente est souvent souriante et sa dépression ne transparaît que par moments, lorsqu'elle évoque les appréhensions au sujet de son état physique et de son avenir. Elle décrit quelques traits de caractère obsessionnel (attachement à la propreté et à l'ordre) et quelques phobies (des serpents, des foules), et se dit encline aux colères. Elle ne se réfère que peu à des sentiments autant d'elle que d'autrui, et paraît avoir une grande difficulté à s'identifier aux gens.

Quelques jours après cet entretien, je suis étonné qu'elle ne veuille pas terminer le questionnaire MMPI, qu'elle accuse de l'avoir troublée, au point de la priver de sommeil. Elle me fait comprendre qu'elle considère que ce questionnaire était un coup malhonnête de ma part, mais elle refuse de s'expliquer.

Situation déclenchante

La maladie a commencé en vacances. Il n'y aurait pas eu de situation conflictuelle.

La poussée actuelle fait suite à un état d'épuisement attribué à un voyage et deux visites chez le dentiste en peu de temps, et a entraîné une décompensation dépressive du mari, lui aussi épuise par les soins corporels qu'il donnait à la patiente. Il existait un certain conflit au sujet de vacances au bord de la mer que le mari désirait, et que la patiente craignait, parce qu'elles l'auraient exposée au risque d'aggravation de la maladie loin des installations hospitalières nécessaires.

Réaction à la maladie

Dès les premiers symptômes, la patiente craint avoir la même maladie que sa mère. Les neurochirurgiens essaient de la dissuader

de ce diagnostic, imputant les symptômes à la compression médullaire et intervenant avec des opérations importantes sur la colonne. Tout en confirmant que ces interventions étaient nécessaires pour éviter la tétraplégie, les neurologues disent maintenant qu'elle pourrait souffrir du virus de la S.E.P.

La patiente est déprimée et angoissée à l'idée de perdre l'appui de son mari. Elle craint qu'il puisse mourir et qu'elle finisse alors comme sa mère. Le mari ne pouvant désormais assumer que le ménage, elle devra trouver quelqu'un pour ses soins corporels, ce qu'elle s'imagine difficile, estimant que seul son mari sait s'y prendre. Actuellement, elle craint qu'on ne lui fasse quitter l'hôpital trop tôt.

CHANTAL

Née en 1942, mère de famille, ancienne secrétaire.

Anamnèse médicale

Symptomes neurologiques attribués à la sclérose en plaques depuis automne 1974, ayant commencé par un hémisyndrome moteur gauche qui persiste jusqu'à aujourd'hui. S'ajoutent des symptômes sensitifs et cérébelleux (démarche ébrieuse, changement de l'écriture) et de légers troubles sphinctériens. Première hospitalisation en février 1975. Les troubles sensitifs régressent. Deuxième poussée à partir d'août 1975 : retour des troubles de la sensibilité. Troubles visuels en octobre 1975. Aggravation de la faiblesse musculaire de l'hémicorps gauche. Par la suite, amélioration sous ACTH. Troisième poussée à partir de janvier 1976 : symptômes oculaires, aggravation des symptômes moteurs de l'hémicorps gauche avec ébauche de spasticité. Lors de la troisième hospitalisation en neurologie, fin mars, artériographie carotidienne compliquée par une dyspnée haute qui nécessite une trachéotomie d'urgence dont résulte une paralysie récurentielle gauche. Après rémission de la troisième poussée, la parésie gauche persiste en état aggravé, la patiente nécessitant une canne pour se déplacer et ayant de la peine pour se servir de sa main gauche pour les travaux ménagers.

Hospitalisation actuelle

3 mai 1976 - 21 mai 1976 pour une accentuation de son syndrome déficitaire et pour l'institution d'un traitement immuno-suppresseur.

Constatations neurologiques :

Nerfs crâniens : papilles pâles des deux côtés. Discrète pa-

résie faciale centrale gauche. Syndrome pyramidal gauche, avec hypotrophie du membre supérieur et membre inférieur gauche. Hoffmann et Babinski présents à gauche. Boiterie gauche. Examen neuropsychologique : Léger profil de détérioration au Wechsler.

DIAGNOSTIC

Sclérose en plaques.

Anamnèse biographique

Fille de commerçants genevois, dernière d'une fratrie de trois. Père décrit comme calme, s'exprimant peu, de sorte qu'on ne savait pas toujours ce qu'il voulait et que la patiente ne se confiait pas beaucoup à lui. D'habitude il communiquait son mécontentement à la mère, qui était plus en contact avec la patiente. La mère pouvait être facilement blessée ou rancunière. Depuis petite la patiente était très ordonnée, rangeant toujours scrupuleusement ses affaires. Elle était timide jusqu'à l'adolescence. Scolarité primaire dans un internat de religieuses, dans le voisinage. Cette solution convenait aux parents qui, à cause de leur commerce, n'auraient pas pu aider la patiente dans ses tâches. Elle dit avoir apprécié d'aller en internat.

Pas d'éducation sexuelle, les parents étant gênés d'en parler. Vers 15 ans, il arrivait à la patiente de se promener avec un garçon. Cela faisait jaser les clientes au magasin. Pour faire cesser les bavardages, la mère décide d'envoyer la patiente en internat à Fribourg. Celle-ci affirme avoir été pleinement d'accord avec cette mesure.

De retour à Genève, la patiente fait une année d'école de secrétariat et travaillera ensuite comme secrétaire, jusqu'à l'accouchement de sa première fille. A 17 ans, elle se marie avec un journaliste de six ans et demi son aîné. Elle avait été attirée par son futur mari par quelque chose qui semblait le distinguer des autres hommes et qui s'exprimait dans sa capacité de devenir tout à coup soucieux ou fâché. Ce petit côté mystérieux pour la patiente a l'air de l'ennuyer plus tard, lorsqu'elle connaît mieux son mari, qui fait souvent "d'une petite chose une montagne". Elle apaise les soucis de son mari grâce à son raisonnement "très logique", qui les ramène à leurs justes proportions.

Ses deux filles ont maintenant 15 et 16 ans. Lorsque, il y a un an et demi, sa présence auprès d'elles semblait moins constamment nécessaire, la patiente a envisagé d'accepter l'offre d'un poste de coordinatrice de publicité d'une chaîne de magasins. C'est alors que la maladie l'atteint : un soir lorsqu'elle s'apprête à servir le repas, son bras gauche s'y refuse. Elle se dit alors : "tu deviens déjà faible, comme une vieille".

Status mental

La patiente affirme qu'elle se sent "très bien" physiquement. Toujours souriante, "pour me rendre service", elle répond volontiers avec beaucoup de précision aux questions. Elle proteste que je fais "radicalement fausse route" en essayant de rétablir une relation entre son vécu émotionnel et sa maladie. Dès l'enfance il y a un attachement à l'ordre et une habitude de bien ranger les choses. La patiente se dit "extrêmement logique" ce qui lui permet d'arranger les conflits de son entourage. La rationnalisation constante et l'adhérence à la factualité concrète l'amènent à éliminer de sa conscience ses affects. Elle peut ainsi dire que lors de son amydalectomie, où elle a failli étouffer d'une hémorragie, "tout s'est bien passé", puisque l'hémorragie a pu être stoppée.

Les conflits qu'elle pourrait avoir avec autrui sont toujours réglés à ses dépens, la patiente trouvant moyen de s'identifier au point de vue de l'autre. Elle est certaine que cette manière de s'adapter est très avantageuse pour elle, car elle lui a permis de ne jamais renoncer à des intérêts importants. En effet, là où elle a renoncé, ce n'était à son avis, jamais important. Ainsi elle n'a jamais senti de vraies déceptions. Elle ne parle pas d'elle à autrui, car elle a remarqué, depuis son mariage, que les gens s'intéressent davantage à eux-mêmes. De toute manière, dit-elle, elle se suffit à elle-même. A moi non plus elle ne me dit pas ce qu'elle ressent, pour les mêmes raisons. Elle ne demande ni aide ni conseil à personne, ce qui, dit-elle, arrange tout le monde, quoique dans son entourage on estime que cette attitude n'est pas normale. J'ai été surpris et inquiet lors d'un entretien ambulatoire six mois plus tard, quand la patiente a brusquement mis en question cette attitude, qu'elle mettait en relation avec sa maladie, exprimant la crainte que celle-ci constitue une punition.

Situation déclenchante

Nous ne nous étonnons pas que cette patiente, qui ne perçoit guère ses sentiments, nie tout antécédent émotionnel à ses poussées de S.E.P. La maladie ayant débuté au moment où elle se sentait moins nécessaire auprès de ses filles et qu'on lui offrait un travail qui demande de l'initiative et de l'imagination, nous pouvons toutefois supposer, que la patiente a mal vécu la perte d'un rôle familier et l'attente d'une activité qui risquait de ne pas très bien s'accorder avec son tempérament.

Réaction à la maladie

La patiente soupçonne de souffrir de sclérose en plaques, mais les neurologues lui répondent qu'ils n'ont pas encore la preuve. Sans se départir de son sourire, elle dit savoir au sujet de la sclérose en pla-

ques, que c'est une maladie qui soit reste stationnaire, soit s'aggrave. Lorsque je la revois le 18 novembre, elle me dit que son traitement aux immunosuppresseurs, qui a duré un mois, n'a rien changé à son état qui est resté stationnaire. Elle n'est pas déprimée pour autant, ni déçue, car, dit-elle, elle savait que ces traitements marchent rarement. Chez elle, elle parle peu de sa maladie. Elle pense que son mari, que le moindre soucis déprime, ne le supporterait pas. Parfois la patiente s'énerve lorsqu'elle se trouve trop maladroite avec sa main gauche parésiée. Quand ça saute aux yeux de son mari ou de ses filles, il leur arrive de l'aider, cependant elle ne le leur demande pas, car elle pense que ce sera encore assez tôt quand elle sera complètement invalide.

Catamnèse

J'ai revu rapidement la patiente lors de l'hospitalisation pour sa cinquième poussée, constituée par une névrite optique gauche. Elle était beaucoup plus gaie que lors de l'entretien ambulatoire trois semaines plus tôt, et affirmait qu'elle allait tout à fait bien, qu'elle était hospitalisée uniquement parce que les ophtalmologues s'étaient affolés.

EDMOND

Né en 1934, enseignant, père de famille.

Anamnèse médicale

En 1969 vision trouble de l'oeil droit, examiné en ophtalmologie, disparu après trois semaines. 1971, la même chose pour l'oeil gauche. Décembre 1975 : fatigue, ataxie sensitive des MI, traitées et guéries avec vitamines B. Mars 1976 : fatigue et diplopie. Guérison après trois semaines d'injections de vitamines B_{12}.

Hospitalisation actuelle

16 juin 1976 - 25 juin 1976, pour hypoesthésie et parestbésies non douloureuses affectant le membre inférieur et le flanc gauche.

Constatations neurologiques :

Hypoesthésie au tact et à la piqûre du membre inférieur gauche et de l'hémi-tronc gauche; hypoesthésie thermique affectant le membre inférieur gauche; syndrome pyramidal du membre inférieur gauche caractérisée par une hyperréflexie sans parésie. Examen neuropsychologique : rien de pathologique.

Liquide céphalo-rachidien :

Hypergammaglobulinorachie et déviation du benjoin colloïdal vers la gauche.

DIAGNOSTIC

Sclérose en plaques.

Anamnèse biographique

Patient qui a toujours habité la campagne genevoise. Son père est décrit comme correct, exigeant discipline et ordre, ce que le patient explique en invoquant son métier de douanier. La mère était "du même style", résolue mais moins sévère. Le patient est très lié à son frère jumeau univitellin, dont il suivait les initiatives, et qui par ailleurs aurait le même caractère que lui. Les deux frères sortaient ensemble pour les sports, et travaillaient jusqu'à la maîtrise dans la même usine. Quand ils étaient payés aux pièces, ils mettaient leurs salaires en commun. Le frère est actuellement enseignant dans une école technique. Ils ont connu ensemble la même fille, qui a fini par se marier avec le frère, il y a vingt ans. Le patient n'a rien ressenti de spécial, et sort encore souvent avec le couple. Après le départ du frère, c'était un peu difficile, car il devait seul décider de son emploi du temps.

Il y a seize ans, le patient se marie avec une jeune femme d'un village voisin, dont il estime qu'elle lui ressemble, sauf qu'elle est un peu soucieuse et pessimiste. Premiers rapports sexuels, satisfaisants. Deux garçons, âgés actuellement de 15 et 12 ans.

Depuis douze ans, le patient enseigne dans une école pratique pour adolescents qui posent des problèmes de caractère. Il ne ressent aucune difficulté avec eux, car il ne se laisse jamais déborder par l'affect. Il se plaît à son poste, qui n'a pas subi de changement notable depuis qu'il l'occupe et ne comporte pas de possibilité de promotion.

Status mental

Homme faisant moins que son âge, qui répond avec précision à mes questions "pour me rendre service", et affiche une bonne humeur et un sourire constants, qui le font paraître infantile. Il ne manifeste aucune émotion, et mon contact avec lui reste superficiel. Son récit est purement événementiel, et son discours spontané est formé d'une description de la manière dont il organise les choses concrètes de la vie.

Il n'y aucun problème ni aucun conflit. Tout ce qu'il nous apprend sur sa façon de vivre est qu'il est prudent et ne vise ni haut ni loin, et qu'il a un grand besoin d'activité surtout corporelle. Il per-

çoit rarement d'affect intense, et lorsqu'il est agressé, il ne ressent pas de colère, mais il réfléchit sur les motivations de l'agresseur et arrange l'affaire par des tractations avec lui.

Il rêve rarement, ce ne sont jamais des rêves désagréables, et il est lors de l'entretien incapable de s'en rappeler d'un.

Réaction à la maladie

Lors de l'entretien à l'hôpital, il me dit qu'il sait maintenant que son système nerveux est fragile et que l'atteinte actuelle va passer comme les précédentes, grâce à un traitement. On lui a dit que c'est un virus, qu'il n'aura peut-être plus rien du tout, à moins que le virus se manifeste sur un autre nerf.

Aucune dépression, aucune angoisse n'apparaît. Le "surinvestissement factuel" comme défense (de M'Uzan 1973) apparaît dans la manière dont il a réagi à l'attaque contre sa vue : lors de la première névrite rétrobulaire probable, en 1969, il s'est étonné que lui, dont la vue est si excellente, commence à voir trouble. Ça ne le gênait pas énormément, et c'est seulement pour ne rien négliger qu'après deux semaines il a vu un oculiste. Deux ans plus tard, lors de la névrite rétrobulbaire sur l'autre oeil, il ne s'est plus inquiété du tout, car il savait maintenant, que son médecin l'enverrait en ophtalmologie, et que ça passerait au bout de trois semaines.

Situation déclenchante

Des problèmes personnels ou des stress émotionnels n'ont pratiquement jamais été remarqués par le patient, et en tout cas pas dans la période d'apparition de symptômes neurologiques.

En décembre 1975, lorsqu'il souffrait d'ataxie, son médecin-traitant l'estimait fatigué, mais lui-même ne ressentait pas encore de fatigue. Il se souvient que sa femme a pensé que ses élèves l'exténuaient mais il n'a rien constaté qui confirme cette supposition.

CHARLES

Né en 1936, ancien petit commerçant, marié, pensionnaire d'une institution pour handicapés.

Anamnèse médicale

A 18 ans (1954), tétanos et perte de l'oeil droit par infection. A 26 ans (1962), névrite rétrobulbaire gauche. A 33 ans (1969), il souffre

de fatigue et d'insécurité à la marche. Il est hospitalisé en Neurologie de mai à juillet 1971, et on constate des troubles pyramidaux et cérébelleux et une démarche ataxique et spastique. On pose le diagnostic de S.E.P. probable.

Au printemps 1972, deuxième hospitalisation en Neurologie. pour une dégradation progressive attribuée par le patient à l'arrêt de la physiothérapie.

Troisième séjour en Neurologie en août 1972. Difficultés croissantes à effectuer des mouvements précis avec les bras et les mains. Il est transféré à Leysin, où il séjourne depuis août 1972 jusqu'en novembre 1973.

Quatrième séjour en Neurologie en juillet et août 1974. On note qu'après Leysin, le patient est allé vivre chez ses parents dans le Jura, où il n'a plus eu aucune physiothérapie. Il est devenu quasi grabataire et présente des problèmes urinaires. Depuis avril 1974, sont apparus des troubles sensitifs aux MS et une baisse de l'acuité visuelle. Le patient est transféré à Beau-Séjour, d'où il sort en été 1975 pour le Foyer Handicap.

Hospitalisation actuelle :

9 juillet 1976 - 10 janvier 1977, pour aggravation des troubles du membre supérieur gauche, anorexie et bronchite chronique.

Constatations neurologiques

Tétraparésie spastique très importante touchant plus légèrement le membre supérieur droit, avec rétraction tendineuse et position en flexion au niveau de la main et du bras gauches et des deux membres inférieurs. Troubles de la sensibilité profonde bilatéraux à prédominance gauche. troubles de la sensibilité superficielle discrète aux membres supérieurs, plus importants aux membres inférieurs, syndrome cérébelleux cinétique du membre supérieur droit. Mauvais état général. Bronchite chronique.

Examen neuropsychologique :

"Il semble bien que les difficultés aux épreuves visuo-spatiales (Wechsler, mémoire) ne peuvent être mises entièrement sur le compte de troubles visuels. Elles pourraient donc bien constituer, en partie, les premiers signes d'une détérioration intellectuelle".

Liquide céphalo-rachidien :

Assez importante réaction cellulaire.

Anamnèse biographique

Né à Porrentruy, où le père avait un atelier d'horlogerie. Il serait assez autoritaire, et la mère serait "bien obligée" d'obéir. Il

a fait l'école primaire à Porrentruy, mais, dit-il, "il fallait d'abord travailler". Il n'a pu terminer son apprentissage, à cause de l'infection de tétanos survenue à deux mois de la fin. Ensuite, il travaille dans une épicerie que ses parents ont achetée à Chêne-Bourg. En 1962, il s'est marié avec une femme qui travaille encore maintenant à l'épicerie, lui-même ayant dû arrêter en 1970. Ils n'ont pas d'enfant. Le patient refuse de donner plus de renseignements.

Situation déclenchante

Vue la pauvreté de l'anamnèse biographique, nous ne pouvons établir de relation entre l'évolution et les modifications de sa situation de vie. Notons toutefois que le premier accès de maladie, le tétanos, dont les complications résultent en une infirmité, a lieu deux mois avant la fin de l'apprentissage, et que le premier symptôme de la S.E.P. (le trouble visuel), surgit durant l'année où le patient s'est marié. Après 1971, chaque aggravation a été imputée par le patient à une insuffisance des soins, tandis que le dossier de neurologie met en relief le comportement inadéquat du malade.

Status mental

Le patient indique, qu'il a lu dans des livres de médecine, que sa maladie, ce sont des plaques qui se forment dans le système nerveux, "qui prennent les jambes et puis tout". Il est d'humeur dysphorique, aigri et agressif envers tout le monde, et très projectif. Il ne parle pas spontanément, et ne me donne que des réponses laconiques. A certaines de mes questions, il se met presque en colère : soit il estime que je pose des questions dont je devrais déjà savoir la réponse, soit il m'interdit de me mêler de choses qui ne me regardent pas. Il fait état d'une grande rancune envers les médecins et soignants, auxquels il reproche de ne pas savoir le soigner. Il se révolte contre le Foyer Handicap, qui l'a fait hospitaliser parce qu'il est trop handicapé, et transmet le sentiment que les gens disposent de lui comme d'un objet.

SUZANNE

Née en 1944, ancienne aide-comptable, mère de deux enfants, pensionnaire d'une institution pour handicapés, en instance de divorce.

Anamnèse médicale

A 11 ans, primo-infection et séjour de 6 mois en sanatorium.

A 21 ans (1965), baisse de l'acuité visuelle de l'oeil droit, régression spontanée. En octobre 1972, faiblesse des MI, plus marquée à D. En novembre 1972, baisse progressive de l'acuité visuelle à G. Hospitalisation en décembre 1972, avec état confuso-onirique, troubles de l'élocution et de la compréhension, papilles suspecte d'atrophie, discrète parésie faciale centrale, dysmétrie surtout à D, syndrome pyramidal à prédominance droite. L'ACTH améliore surtout l'état psychique. Par la suite, aggravation des troubles de la marche, passe des cannes à la chaise roulante. Mai à août 1975 : hospitalisation à Montana. Aggravation pendant ce séjour : ne peut plus se relever de la chaise roulante, bradypsychie et détérioration intellectuelle, baisse de l'état général, état dépressif. Août à octobre 1975 : Clinique de Neurologie avec une nouvelle poussée caractérisée principalement par une paraparésie spastique, des troubles cérébelleux statiques importants et un nystagmus vertical. Examen psychologique : l'orientation, les fonctions instrumentales et le langage sont e.o.; au Wechsler, la patiente est à la moyenne ou au-dessous, et inférieure au soustest de complément d'images; à l'épreuve mnésique pour données auditivo-verbales, les rendements sont inférieurs à la norme dès la deuxième évocation. Pendant le séjour elle devient, de quasi grabataire, capable de se déplacer en chaise roulante. Le conflit conjugal rendant le retour à domicile impossible, elle est transférée à l'Hôpital Beau-Séjour. Novembre 1975 - avril 1976 : hospitalisation à Beau-Séjour. Sous physio- et ergothérapie : stabilisation sans progrès évident.

Hospitalisation actuelle :

7 février 1977 - 10 mars 1977, pour "apparition d'un tremblement intentionnel et d'attitude des membres supérieurs, prédominant nettement à droite".

Constatations neurologiques

FO normal, atteinte des nerfs crâniens. Tétraparésie spastique prédominant à gauche. Syndrome cérébelleux des membres supérieurs avec tremblement intentionnel et d'attitude prédominant à droite. Troubles de la sensibilité superficielle au tronc et aux cuisses et de la sensibilité profonde aux membres inférieurs.

Anamnèse biographique

Née à Genève. Première de 4 enfants d'un maçon pneumoconiotique, tuberculeux, sourd et colérique. Mère décrite comme très peureuse, ce qui déplaît à la patiente, qui, elle, n'a peur de rien. Tensions entre les parents expliquées, en temps voulu, par la mère en invoquant la surdidé du père. La mère aurait toujours crié en présence du père et des enfants. C'est la mère qui commandait, le père "bastait". La patiente dit avoir aimé ses deux parents, en particulier le père, dont elle craignait cependant les éclats de colère.

A 11 ans, la patiente fait ensemble avec son père, ses frères et soeurs une cure de 6 mois en Sanatorium à Montana. Elle reproche à la mère d'avoir entravé le développement de son frère poliomyélitique, en le "chouchoutant" trop. Elle dit avoir aimé, quant à elle, se débrouiller toute seule.

Elle "manifestait" à la maison, mais était sage à l'école. Elle reproche à sa maîtresse d'école d'avoir fait faussement croire à sa mère qu'elle ne réussirait pas l'école secondaire, ce qui a incité la mère à l'envoyer à l'école ménagère. Pour protester, elle a refusé d'apprendre l'allemand. Aimant les chiffres, elle s'est par contre formée en comptabilité, et après l'apprentissage, elle a travaillé à beaucoup d'endroits comme aide comptable.

Premiers rapports sexuels vers 17-18 ans, avec un garçon habitant le même immeuble, dont elle est enceinte (avortement provoqué), et avec qui elle se marie en 1966. C'était un homme avec qui la patiente n'avait pas beaucoup d'attaches ni de satisfaction sexuelle, et qui était infidèle. Après le divorce (1969), leur fils, né en 1967, est attribué à la patiente. Lorsque celle-ci était tombée malade, son ex-mari l'a repris.

Remariage en 1969 avec un ouvrier, avec qui l'entente était bonne au début. Une fille née en 1971. Le mari se révélera pour finir instable, tant sur le plan professionnel que sentimental. Il changeait souvent de travail sans avertir la patiente et faisait déménager la famille. La patiente explique son infidélité par le fait qu'il ne supporterait pas la maladie. Elle est actuellement en instance de divorce, et la fille placée en famille.

Contexte et impact de la maladie

Des défauts de mémoire ne permettent pas à la patiente d'intégrer avec précision chronologique l'évolution de sa maladie dans l'histoire de sa vie. Essayons de reconstruire : première névrite rétrobulbaire probable (1965) entre l'avortement provoqué et le premier mariage. Poussée avec état confusionnel en 1972, après la naissance de sa fille et dans une période, où l'instabilité du mari provoquait de fréquents déménagements. Aggravation à partir de 1974. Poussée et état dépressif à Montana (1975), lorsque la patiente recevait les visites du mari, qui en aurait profité pour coucher à l'hôtel avec une amie. La patiente affirme que c'est le mari qui l'a incitée à "mentir" et à se plaindre, pour qu'elle soit transférée à Genève. Lorsqu'elle aurait pu quitter la Clinique de Neurologie de Genève, son mari est parti avec la fille chez une amie à Lausanne, et la patiente est transférée à Beau-Séjour, d'où elle sortira en avril 1976 pour le Foyer Handicap. L'aggravation actuelle coincide avec la procédure pour le divorce, qui sera prononcé dès que la patiente sera sortie de l'hôpital.

Status mental

La patiente commence par dire qu'elle ne peut accepter de "diminuer autant cérébralement que physiquement". Elle a perdu la connissance de deux langues étrangères et la capacité de faire son métier d'aide-comptable, car elle ne retient plus les chiffres et voit de moins en moins bien. Elle se sent devenir inutile, et est triste. Ces constats dépressifs sont faits avec un sourire qui ne la quitte que rarement pour faire place à un silence avec le regard triste. Elle dit qu'elle a compris que ce n'est pas la peine de pleurer, qu'on lui reproche bien de tout laisser aller et d'être trop lente, mais qu'elle n'a pas la force de lutter comme elle faisait autrefois. D'ailleurs : "ça avance à quoi ?"

Elle "s'énerve intérieurement", sans que cela s'exprime, ce qui aurait depuis toujours été son caractère. Pourtant, il lui arrive de provoquer des disputes, par exemple en faisant des exclamations grossières. Lorsque le directeur du Foyer Handicap aurait exigé d'elle de sourire malgré son malheur, elle lui a tiré la langue.

Les sentiments dépressifs ont un contenu de déchéance et de "helplessness", la patiente se sentant démunie et abandonnée par ses objets, qui deviennent des supports de ses projections agressives, et, lorsque l'occasion se présente, des partenaires dans des altercations où l'impulsivité de la patiente s'exprime d'une manière infantile et primitive, qui est certainement le reflet de sa détérioration intellectuelle. Elle a en effet des troubles mnésiques avec confusion dans les dates et une suggestibilité à la limite de la confabulation. Elle comprend difficilement des phrases quelque peu complexes, tandis que les siennes sont difficiles à comprendre non seulement à cause de la dysarthrie, mais aussi à cause d'une dysyntaxie et de manques de mots.

HENRI

Né en 1936, ancien aide-laborant, célibataire, logé dans une institution pour handicapés.

Anamnèse médicale

Première poussée de S.E.P. à 18 ans (1954) : fatigue, boîterie de la jambe droite, maladresse de la main D. Sort de la Clinique de Neurologie avec une légère amélioration de la motricité, la démarche restant spastique. Etat stationnaire jusqu'à la deuxième poussée à 31 ans (1967). Notion anamnestique de dépression, vertiges, tabagisme, abus d'alcool, perte de poids. Au status : syndrome pyramidal surtout aux MI, et surtout à D, syndrome déficitaire aux MI; certaine euphorie, tendance à minimiser

ses troubles; mauvais état général, gastrite; à l'examen psychométrique : "pas de signe évident de détérioration, mais difficultés pour utiliser des mécanismes intellectuels par ailleurs présents". Sort amélioré de la Clinique de Neurologie. Troisième poussée à 33 ans (1969). Paresthésies à la face à D, difficultés à la marche, dysarthrie, syndrome cérébelleux D. Quitte la Clinique de Neurologie parce qu'il présente un "état dépressif avec refus de nourriture".

Hospitalisation actuelle :

5 avril 1976 - 26 mai 1976, motivée par une rétention urinaire aigue. Au status neurologique : nystagmus et atteinte de la plupart des nerfs crâniens, surtout à droite. Syndrome pyramidal bilatéral à prédominance droite, avec parésie du membre supérieur droit et hypotrophie à prédominance distale.

Examen neuropsychologique

"Le patient est collaborant mais admet lui-même qu'il pourrait 'se concentrer' davantage". Faiblesse mnésique. Langage, praxies et gnosies e.o. "A l'échelle d'intelligence de Wechsler, (le patient) a des rendements se situant autour de la limite inférieure des normes et qui montrent une baisse générale par rapport à l'examen effectué par nous en 1967. Les réponses aux épreuves génétiques sont faibles".

Anamnèse biographique

Fils d'un facteur carougeois, décrit comme gai, joueur de basson. La mère était "encore plus gaie, mais elle travaillait presque trop". Une soeur de 6 ans son aînée s'est mariée jeune. Famille très unie. Le patient n'aimait pas l'école, et a dû doubler la 4ème. Apprentissage de mécanicien, contre le choix du patient, pour faire plaisir aux parents et pour ne pas décevoir un camarade de fanfare qui lui avait trouvé cette place d'apprentissage. La première poussée de S.E.P., à 18 ans, est reliée par le patient à cet apprentissage qui ne lui convenait pas. Ce diagnostic posé, il a tout de suite "compris que c'est foutu". Après la première hospitalisation il devient aide-laborant, activité qu'il a exercée jusqu'en 1969.

Pendant cinq ou six ans, il a habité avec une jeune femme dans l'appartement de ses parents. Le fait que les parents du patient habitaient dans la chambre contigue, occasionna des tensions dans le couple. L'amie finit par quitter le patient pour un homme qui sera brutal avec elle. Le patient "n'y comprit rien". Peu après que les déménageurs vinrent chercher les meubles de son amie, il fut hospitalisé pour une poussée de S.E.P. et une gastrite (1967). Musicien dans un orchestre, il buvait beaucoup à l'époque.

Quelques mois après le départ de la première amie, il invita une fille déprimée à habiter avec lui, pour lui remonter le moral. Il la laissait habiter son studio et habitait lui-même chez ses parents, qui voulaient l'avoir près d'eux, pour le cas où il nécessiterait des soins. Un conflit étant né entre elle et les parents, le patient se rangea du côté de ceux-ci et ils réussirent à faire partir l'amie vers 1971. Pendant cette période se situe l'hospitalisation de 1969, qu'il abrégea par une grève de la faim, parce que le traitement était pénible et que la maladie de ses voisins de chambre l'angoissait. Il ne put plus reprendre le travail.

Avant 1969, il pouvait se déplacer, au début à pied, ensuite à bicyclette et à vélomoteur. Après la troisième poussée, il pouvait encore marcher en se tenant aux murs, mais pendant six ans ses seules sorties, pour aller chez le dentiste par exemple, se faisaient en ambulance.

En 1974, ses parents le placent à Montana, pour qu'ils puissent se reposer. Lié depuis Montana à la chaise roulante, il est directement placé au Foyer Handicap. Peu après, la mère décède d'insuffisance cardiaque, et le père, chagriné, est trouvé mort dans l'appartement un mois plus tard.

Avant l'hospitalisation actuelle, le patient est de moins en moins bien supporté par le Foyer Handicap, parce qu'il est bruyant, familier, indiscipliné et désinhibé.

Status mental

Patient dysphorique, jovial, familier. Par instants, en évoquant par exemple le décès de ses parents, il est triste. Il nie cependant toute dépression, se dit de très bonne humeur, et empressé de faire plaisir à tout le monde. Les renseignements biographiques sont imprécis dans la chronologie et pauvres en renseignements factuels, ces derniers paraissant déformés par la projectivité. Il proteste contre l'hospitalisation, rejetant sur l'entourage la responsabilité du conflit qui l'a opposé au personnel du Foyer Handicap.

Les facultés intellectuelles sont détériorées, et à la désinhibition correspond un affaiblissement du jugement moral.

Situation déclenchante

Première poussée à 18 ans, le patient étant ennuyé par un choix professionnel contre son gré.

Deuxième poussée 13 ans plus tard, dans le cadre d'une rupture sentimentale et d'une détérioration de l'état général par abus d'alcool.

Troisième poussée en 1969 lors d'un conflit entre ses parents et son amie.

Aggravation en 1974, lors d'un séjour à Montana souhaité par ses parents, qui avaient besoin de repos.

Réaction à la maladie

Le patient parle du pronostic sur un ton optimiste et évasif. Sa préoccupation est de pouvoir retourner au Foyer Handicap.

NOTE CONCERNANT LES OBSERVATIONS

Les anamnèses médicales sont établies à partir du récit du malade et de renseignements tirés de l'observation de la Clinique de Neurologie.

Les status neurologiques et paracliniques sont résumés d'après les résumés d'observation à la Clinique de Neurologie.

Des examens neuropsychologiques ont été pratiqués par la Clinique de Neurologie. J'en ai résumé le résultat ou cité la conclusion.

C. LE PROBLEME PSYCHOSOMATIQUE DE LA S.E.P.

Guidés par le matériel récolté de nos observations, nous esquisserons, à partir des documents référés dans la première partie, un modèle d'explication psychosomatique de la S.E.P. Nous commencerons par le phénomène psychologique qui a le premier attiré l'attention des neurologues : l'euphorie. Si nous cherchons à comprendre la signification que peut avoir cet état d'humeur, nous sommes renvoyés à la question de la personnalité du patient et de son éventuelle spécificité "préneurologique". Nous admettons qu'une structure de personnalité se révèle particulièrement par les événements qui sont traumatiques pour elle et par sa façon d'y réagir, ce qui nous amène à examiner le contexte émotionnel précédant les poussées de S.E.P.

I. L'EUPHORIE

Surridge (1969) définit l'euphorie dans le contexte de la S.E.P. comme "un état de gai contentement (cheerful complacency) qui détonne avec la situation totale" du malade.

Suivant cette définition, Henri est le plus incontestablement euphorique de nos patients. Il est optimiste et évasif quant à son avenir. Jovial, familier et désinhibé, il se dit de bonne humeur, désireux et capable de remonter le moral aux autres. Suzanne avec sa mine de gaiété paraît également euphorique, mais le contenu de son discours est triste. Surridge dirait qu'il s'agit d'un "état mixte", composé d'une "euphorie objective" et d'une "dépression subjective". Les deux patients expriment par instant des affects de tristesse, et les deux se font rejeter par leur entourage à cause de leur désinhibition et de leurs impulsions agressives.

Sur le plan neurologique, ces deux patients sont parmi les plus atteints, et chez eux la détéioration intellectuelle est la plus manifeste- La corrélation entre l'euphorie et la détérioration intellectuelle dans la S.E.P. est établie (c.f. Surridge). Peut-on soupçonner le siège des lésions responsables ? S'agit-il de lésions frontales ? Henri et Suzanne présentent des symptômes habituellement attribués à des lésions qui suppriment le contrôle exercé par le cortex frontal sur le diencéphale. Il a été observé que des plaques de démyélinisation peuvent faire l'oeuvre de véritables leucotomies. Telle est au moins l'interprétation que donne Pratt (1951) d'un cas rapporté par Braceland et Giffin (1950), qui concerne une femme souffrant de syphilophobie et d'une compulsion de lavage des mains, ces symptômes ayant disparu avec l'apparition de troubles neurologiques.

Sai-Halàsz (1956) fait remarquer que la S.E.P. ne produit pas de syndrome frontal aussi net que les tumeurs frontales, la maladie de Pick ou la P.G. - ce que nos observations ne peuvent que confirmer - et rejette l'idée que l'euphorie puisse être due à une lésion frontale étendue : il s'agirait plutôt de la perturbation de la coopération dynamique de l'ensemble du cerveau.

D'autres auteurs qui pensent pouvoir attribuer les troubles de l'humeur à des localisations précises de plaques, situent celles-ci dans le thalamus (Cottrell et Wilson 1926, I. Bender 1950) respectivement dans des régions périventriculaires du système limbicoréticulaire (E.A. Weinstein 1970).

Selon Lumsden (1970), les plaques sont particulièrement nombreuses dans les régions périventriculaires et à la périphérie des circonvolutions cérébrales (avec une légère prédilection pour la circonvolution frontale supérieure), et les premières plaques subépendymales paraissent se trouver au niveau des ventricules latéraux. Les régions cérébrales impliquées dans les perturbations affectives sont donc particulièrement sensibles à la démyélinisation et souvent le siège des premières lésions. Des plaques "muettes" sur le plan neurologique contribueraient-elles très tôt à la formation de certains traits de caractère typiques de la S.E.P, avant-même l'apparition de symptômes neurologiques ? Cette hypothèse d'un organicisme quasi acrobatique prendrait le contre-pied de celle qui considère que la personnalité du polyscléreux avancé n'est que la dernière étape d'un développement individuel selon des voies psychodynamiques spécifiques. Les deux alternatives s'appuient sur la constatation selon laquelle le status mental du polyscléreux peut être retracé à des ébauches déjà contenues dans des traits de caractère spécifiques de la personnalité "préneurologique". Aucune des deux explications ne saurait être suffisante, ni isolément ni combinées, pour rendre compte de la présentation de ces patients.

Pour ce qui est de l'euphorie, la signification subjective de l'atteinte neurologique et l'insertion concrète du malade dans un tissu de relations sociales jouent un rôle important. Le sourire discordant de Suzanne renvoie peut-être au fait qu'elle a toujours été une personne dépendante d'autrui et devant s'assurer l'affection d'autrui, et aux effets d'une atteinte cérébrale qui favorise certaines expressions affectives et enlève leur souplesse aux attitudes de la patiente. Cependant, à son degré d'atteinte neurologique, elle est réellement dépendante d'autrui, le nombre de personnes sur qui elle puisse s'appuyer se rétrécit, et elle a probablement des raison de penser que son entourage l'accepterait mieux souriante. Grâce à sa détérioration intellectuelle, elle verbalise carrément les attentes qu'elle peut supposer chez son entourage (c.f. Baldwin 1952 et Chodoff 1959) : elle accuse le directeur de l'institution qui l'héberge de se fâcher quand

elle ne lui sourit pas.

Revenons à la question de savoir si l'euphorie est préfigurée dans l'état mental "préneurologique". Helen, Chantal et Edmond se présentent d'une manière qui satisfait à la définition de l'euphorie donnée par Surridge (c.f. ci-dessus). Alors que Helen et Edmond ne sont, actuellement, ni intellectuellement atteints ni durablement handicapés, Chantal présente, il est vrai, "un léger profil de détérioration au Wechsler" et est restreinte dans ses activités. Mais chez ses patients, l'impression de "gai contentement qui détonne avec la situation totale" n'est ni le résultat d'une atteinte cérébro-organique, ni en premier lieu une attitude utilitaire face à l'entourage dont ces patients dépendraient.

Chantal se sent très bien physiquement et est toujours souriante. Le discret triomphe qu'elle manifeste face à l'absence de conflits et d'angoisse chez elle, et une brusque irruption d'un sentiment de culpabilité, nous font penser que son euphorie, qui s'accentue lorsqu'elle est hospitalisée et malade (parce qu'elle a le droit de se laisser aller et qu'elle oblige les autres à reconnaître sa souffrance ?), participe d'une défense contre des sentiments agressifs et dépressifs. Cette défense s'intègre aux traits de caractère obsessionnel développés au contact de parents vécus comme frustrants et interdicteurs.

Chez Helen, "l'euphorie" est également corrélative de sa structure de personnalité, qui est marquée par des traits de caractère hystérique. Elle affirme qu'elle ignore si elle sera abandonnée, et qu'elle s'étonne donc de se sentir aussi bien. D'autre part, elle est surprise lorsqu'il lui arrive de pleurer, et ne comprend pas pourquoi elle pleure. Cette patiente, qui agit beaucoup, se rend compte que chez elle l'action précède en général la prise de conscience. Six mois plus tard, lorsqu'elle vient d'être abandonnée, elle nous dira qu'elle l'a au fond toujours redouté. Nous pourrions probablement retrouver chez elle l'ensemble de la constellation d e défenses qui pour A. Haynal (1976) pourrait constituer ce qui est communément appelé défense maniaque : la "dénégation de la perte" est en tout cas évidente, et nous pouvons également voir comment "un sentiment corporel particulier" (eutonia sclerotica !) fait suite, au-delà de la césure de l'hospitalisation, à "l'activité fiévreuse". Dès lors, nous pouvons nous demander, si "la situation totale du malade" avec laquelle détonnerait, selon Surridge, le "gai contentement" du polyscléreux euphorique, n'est pas la dépression, que l'observateur perçoit à travers la défense érigée contre elle.

Dans le cas d'Edmond, l'euphorie nous paraît liée à la pensée opératoire, qui était déjà présente chez Chantal. La pensée opératoire décrit presque entièrement l'état mental d'Edmond. Il n'a que des faits concrets à nous rapporter et dit n'avoir aucun problème, aucun conflit.

Il provient d'un milieu décrit comme austère, auquel il s'est toujours conformé par une adaptation fidèle au jour le jour, et son sourire constamment poli, pendant qu'il me "rend le service" de répondre à mes questions, peut être interprété comme un prolongement de cette attitude. L'impression d'euphorie provient certainement de son sourire puérile et indélibile en l'absence de toute autre expression affective, que ce soit à l'évocation de son passé, de sa situation présente ou de sa maladie. S'agit-il de "l'inhibition fantasmatique de base" (de M'Uzan 1973), d'une "alexithymie" due à l'interruption - par une plaque ? - des communications entre le système limbique et le néocortex (Nemiah et Sifneos 1970) ou du déni de la réalité intérieure avec fuite de la réalité intérieure vers la réalité extérieure de la "défense maniaque" (Winnicott 1935) ? S'il s'agit d'une défense contre la dépression, elle est dans ce cas très radicale, puisqu'aucun signe de dépression ne se prête plus à l'observation directe.

En résumé

L'impression d'euphorie des polyscléreux peut avoir trois origines. L'atteinte cérébro-organique peut en elle-même engendrer une déviation de l'humeur. Ce facteur ne se trouve pas isolé, mais est au moins combiné à une attitude plaisante "utilitaire" envers l'entourage dont dépend le malade. Le troisième facteur est présent dans la majorité des cas d'euphorie, et se trouve isolé chez les malades sans atteinte cérébro-organique ni handicap durable : la défense contre des sentiments dépressifs suscités par la perte d'un objet, et, plus tard, par la perte de l'intégrité corporelle et mentale. La dépression est présente dans la majorité des cas de S.E.P., même chez ceux qui paraissent euphoriques.

II. LA PERSONNALITE DU POLYSCLEREUX

A. Nosographie. Groupés selon leurs traits de personnalité les plus frappants, nous pouvons subdiviser notre échantillon en

a) trois patientes présentant des traits hystériques :
- Helen
- Evelyne
- Alice

b) quatre patientes présentant des traits obsessionnels :
- Janine
- Frieda
- Monique
- Cristina

c) deux patients présentant un mode de fonctionnement "opératoire" :
- Chantal
- Edmond

d) trois patients présentant un comportement psychopathique :

- Charles
- Suzanne
- Henri

a) Le rôle économique des symptômes corporels et la dynamique des pulsions sexuelles rapprochent les patientes du premier groupe de l'hystérie.

Dans chacune de leurs anamnèses médicales, la limite entre symptômes psychogènes et neurologiques est floue. La diplopie avec paralysie de l'accommodation chez Helen, huit ans avant la poussée actuelle, avait reçu entre autres le diagnostic de symptôme dépressif. Lors de notre exploration, l'interprétation de ce symptôme dans le sens de la conversion (troubles visuels après avoir vu la preuve de l'infidélité du conjoint) a été acceptée, ce qui démontre pour le moins des capacités d'identification et d'imagination caractéristiques de l'hystérie. Les fantasmes de l'hystérique s'enrichiraient ainsi des troubles résultant d'une lésion organique. Ce serait une concrétisation de la "complaisance somatique" (somatisches Entgegenkommen), qu'il est arrivé à Freud de considérer comme indispensable à la formation d'un symptôme hystérique. Cette explication, qui maintient l'origine de la lésion organique à l'extérieur d'un vécu auquel elle est intégrée par la suite, est plausible, mais n'est pas la seule possible. En effet, rien ne prouve qu'un traumatisme psychique engageant la vision, comme celui dont Helen a été victime, ne puisse favoriser la formation d'un foyer de démyélinisation sur les voies oculomotrices. Ce "traumatisme visuel" pourrait avoir agi comme ces blessures physiques, qui dans de nombreux cas ont été suivies par la formation de plaques intéressant la région blessée, du moins selon le souvenir des malades (McAlpine et Compston 1952).

Nous trouvons une indétermination semblable entre symptômes hystériques et premiers symptômes neurologiques chez Alice, dont la baisse d'acuité visuelle était accompagnée d'accès d'érythème pudique et d'une asthénie considérée comme exagérée par l'entourage, et chez Evelyne qui, presque une année avant la première poussée certaine a souffert d'une baisse de l'acuité visuelle précédée d'accès de vomissements semblables aux vomissements acétonémiques de son enfance.

Dans les relations et conflits de ces patientes, la sexualité ne prend pas toute la place qui lui reviendrait dans une névrose hystérique. Les traits de caractère hystérophobiques et la vie sentimentale tumultueuse de Helen pourraient nous en imposer s'ils n'étaient pas repoussés à l'arrière-plan par l'avidité qui est le moteur de ses agissements irréfléchis, et par le conflit concernant l'agressivité qui doit être inhibée dans l'intérêt de la relation de dépendance. C'est encore moins équivoque chez Alice, qui tire un bénéfice

très "hystérique" de sa maladie, qu'elle utilise dans un conflit qui est cependant beaucoup plus agressif-oral qu'oedipien. L'enfance d'Evelyne a bien été marquée par des manifestations de conversion et des phobies, mais l'opposition phallique au père est vidée de son enjeu sexuel, et la patiente, qui a un contact froid et des attitudes déconflictualisées, se structure comme une névrose de caractère.

b) Alors que le groupe à traits hystériques tend à paraître euphorique, la dépression est parfois franchement exprimée dans le groupe de patients à traits obsessionnels : on n'hésitera pas à qualifier Janine et Monique de déprimées. Ces deux patientes savent qu'elles sont atteintes d'une maladie chronique et criagnent d'être abandonnées. Frieda et Cristina, qui en sont à leur deuxième poussée, la première ayant eu lieu il y a très longtemps dans la période de latence respectivement adolescence, ne sont manifestement pas déprimées. La dépression paraît ainsi favorisée par le vécu de maladie récidivante respectivement chronique.

Aucune des patientes de ce groupe n'a de véritables symptômes obsessionnels. Le caractère de Janine se définit principalement par des traits obsessionnels, les préoccupations hypochondriaques et narcissiques prenant seulement de l'importance lors de la décompensation dépressive. Le caractère de Cristina est également marqué par des traits obsessionnels très syntones au Moi. Frieda, que nous connaissons mal, semble avoir quelques défenses paranoïdes liées au fonctionnement obsessionnel.

Chez Monique, les traits obsessionnels se trouvent à côté de phobies, manifestations paranoïdes et souffrances narcissiques, qui sont tout aussi importantes. Ce n'est pas une personnalité névrotique, mais plutôt une névrose de caractère proprement dite. Dans ce groupe, nous trouvons donc la structure de personnalité la plus archaïque chez la patiente la plus atteinte neurologiquement, dépendante d'une chaise roulante et de soins corporels. Nous ne pouvons cependant nous limiter à affirmer que la dépendance physique a provoqué une régression au stade oral, car la biographie de la patiente permet de déduire que déjà avant la maladie elle a, vraisemblablement, fonctionné à un niveau proche de l'actuel. Il serait donc également possible, que ce soient des tensions liées à la configuration en névrose de caractère qui ont rendu cette patiente particulièrement vulnérable à une évolution grave de la S.E.P.

c) Chantal et Edmond nous impressionnent avec leur pensée "opératoire". Chacun d'eux a subi cinq poussées de S.E.P., avec des rémissions toujours suffisantes pour permettre de reprendre la même organisation de vie. Par la gravité des symptômes qui restent néanmoins assez peu invalidants, par l'importance de la pensée opératoire, ces malades se rapprochent des malades psychosomatiques "classiques".

L'évolution de ces deux cas nous permet de concevoir la "pensée opératoire" à la fois comme le reflet d'une organisation de la personnalité susceptible de produire des désordres somatiques, et comme une défense contre la "destructivité de la vie émotionnelle" (A. Andreoli 1977) chez ces patients. Défense apparemment moins efficace chez Chantal, qui a eu ses cinq poussées en l'espace de deux ans, alors que chez Edmond elles s'étalent sur sept ans. Chez Chantal, la pensée opératoire pourrait être réactionnelle à la maladie. En effet, on a l'impression de voir à travers elle les vestiges d'une structure obsessionnelle. Son discours nous fait comprendre que l'adhérence de sa pensée à la factualité immédiate traduit la résignation à la fatalité de ces poussées qui se suivent inexorablement. Chez Edmond par contre, qui souffre de cette maladie depuis trois fois plus longtemps, la pensée opératoire est absolument opaque et ne fait transparaître aucune organisation névrotique.

d) Les trois patients les plus invalides se comportent d'une manière psychopathique. L'examen neuropsychologique met en évidence, chez eux, une détérioration intellectuelle. Ils se montrent intolérants à la frustration, souvent agressifs, désinhibés et ignorent insuffisamment la portée de leurs actes. Ils dépendent de soins, et d'un entourage frustrant constitué par l'institution qui les abrite. La destructuration de leur personnalité à un niveau psychopathique est effectuée par l'atteinte cérébro-organique et par la réaction à la dépendance et à la frustration par l'entourage.

Notons cependant que, pour autant que nous pouvons la reconstituer, la personnalité prémorbide préfigurait le tableau actuel. Henri a dû doubler une classe de primaire, apparemment pour des raisons comportementales, et Suzanne semble depuis la jeunesse aborder ses conflits par le passage à l'acte impulsif. Nous réitérons donc l'hypothèse que la névrose de caractère comporte un risque d'évolution grave de la S.E.P.

B. Le noyau sensible. Classés selon des critères nosographiques, nos patients forment un groupe plus homogène que ceux de Philippopoulos, Wittkower et Cousineau (1958). Il n'y a pas de personnalité psychotique ou borderline parmi eux, et peu de patients avec des symptômes névrotiques. Nous sommes en présence surtout de caractères à traits névrotiques qui peuvent être accentués au point de constituer des névroses de caractère. Dans cet échantillon de gens somme toute assez "normaux", nous soupçonnons une certaine affinité entre la S.E.P. et la névrose de caractère, qui s'exprimerait par le fait que cette dernière favorise des évolutions graves de la maladie. Par névrose de caractère nous désignons une catégorie de personnalités dépourvues de symptômes psychotiques ou névrotiques, avec des traits

de caractère névrotiques plus ou moins prononcés et syntones au Moi, une tendance à la pensée opératoire, à la projection et au passage à l'acte plus ou moins rationnalisé et une dépendance anaclitique aux objets extérieurs. Dans une société basée sur la réification des relations interpersonnelles, la différenciation entre ce tableau et la "normalité" ne peut être qu'une question d'intensité de ces traits. Mais quelle composante de ce tableau a une relation particulière avec la S.E.P. ?

Grinker, Ham et Robbins (1950) situent le problème au moment du stade oral (ou même plus tôt...) en considérant le futur polyscléreux comme "constitutionnellement" avide, s'adaptant à sa dépendance par une attitude "happy-go-lucky" qui exprime le refoulement de son agressivité et de son angoisse, et que la maladie neurologique ne ferait qu'accentuer sous la forme d'euphorie. Nous avons dit au chapitre précédent dans quelle mesure nos patients confirment ces vues.

Dans leur analyse de la psychogénèse des futurs polyscléreux, Groen, Prick et Bastiaans (1967) considèrent comme facteur central une éducation trop stricte et frustrante, souvent sous l'autorité d'un père tyrannique. La coexistence de traits hystériques et obsessionnels leur paraît caractéristique de ces personnalités. 8 de nos 12 patients ont également grandi dans une atmosphère familiale sévère, qui est dans 5 cas imputée au père (Helen, Edmond, Janine, Evelyne, Charles) et dans 3 cas à la mère (Chantal, Monique, Frieda). Cependant, les attitudes et interactions parentales décrites par Groen et al. ne devraient pas être interprétées d'une manière trop eodipienne. Lorsque ces auteurs décrivent les fixations orales et les troubles narcissiques que produit cette constellation familiale, ils démontrent - implicitement - comment la "dyade mère-enfant" prégénitale est la schématisation de tout un tissu de relations sociales dans lesquelles l'enfant est pris depuis les stades les plus précoces de son développement. Cette manière de voir a donné lieu à des modèles d'analyse de l'interaction familiale particulièrement utilespour comprendre les malades psychosomatiques, dont la vie pulsionnelle est difficilement accessible à la réflexion.

Philippopoulos et al. notent une tendance à idolâtrer les parents, derrière laquelle se cachent des ressentiments à l'égard d'une mère réellement ou fantasmatiquement dominante, punitive ou surprotectrice, ou à l'égard d'un père passif, inefficace ou inaccessible qui n'avait pas assez de temps pour ses enfants. 5 de nos patients (Chantal, Frieda, Monique, Suzanne, Cristina) décrivent un couple parental conforme à cette caractérisation. Presque tous les patients étudiés par Philippopoupos et al. sont "caractérisés par des conflits au sujet de pulsions agressives dérivées d'un rejet parental vécu ou imaginé, en même temps que par un besoin démesuré d'amour et d'affection". Ces auteurs formulent de manière concise la problématique

orale qui apparaît déjà dans la description de Grinker et al.

Nous considérons que c'est au niveau de troubles liés au stade oral que nous pouvons saisir la relation entre la personnalité du polyscléreux et de ce que nous appelons ici névrose de caractère. Groen et al., Grinker et al. et Philippopoulos et al. considèrent tous comme préexistants certaines caractéristiques de la personnalité du polyscléreux. Pour eux, il s'agit donc d'une fixation. Selon Groen et al. et Grinker et al., les traits de caractère qui se rapportent à ce stade sont accentués par la maladie. Il y a donc, pour une part importante, également une régression. Nos observations le confirment.

Le conflit dépendance-agressivité paraît dans beaucoup de nos cas bien recouvert, pour ne devenir manifeste que dans le contexte émotionnel précédant la poussée, où nous trouvons souvent un état de tension agressive combiné à la crainte de se voir abandonné. Souvent, ce n'est que dans la régression due à la situation dépendante de malade chronique, que ce conflit marque toute la personnalité.

Nous devrions nuancer de manière analogue, en ce qui concerne nos cas, le rôle de l'affect de "helplessness" (être démuni), qui était régulièrement suscité par le contexte émotionnel précédant les poussées de S.E.P. chez les cas de Mei-Tal, Meyerowitz et Engel (1970). Génétiquement, "helplessness" est rattaché à la période de la fin du stade oral et du début du stade anal. Schmale (1964) s'appuie sur Piaget pour situer l'origine de cet affect entre le 12ème et le 16ème mois, lorsque l'enfant reconnaît sa dépendance de lois extérieures à lui. "Le Moi de l'enfant à ce stade s'aperçoit probablement d'une dépendance du monde extérieur pour sa gratification et a un sentiment de 'helplessness' lorsque celle-ci est inatteignable". Plus tard, "des sentiments de 'helplessness' peuvent revenir n'importe quand dans la vie lorsqu'il y a perte ou menace de perte d'un objet fournisseur de gratifications immédiates, et qu'il ne se trouve pas de moyen pour éviter ou dépasser cette perte". Ailleurs, Schmale (1972) mentionne qu'a une "défense de caractère contre des sentiments imminents d' 'helplessness' comprend l'aggrippement dépendant à quelques objets-clés... Des sentiments de colère et de peur résultent de ce que l'individu perçoit comme un prix exigé de lui-même pour que l'objet lui donne des choses". Si nous voyons bien ce contexte de colère et de peur chez beaucoup de nos patients avant les poussées de S.E.P., le sentiment de 'helplessness' lui-même n'est parfois évident que chez des patients dont la maladie est avancée. Par contre, nous n'avons jamais rencontré d'affect de 'hopelessness' (désespoir) avec toutes ses connotations, pas plus que Mei-Tal et al. 'Hopelessness' est retracé à la période phallique et oedipienne de 4 à 6 ans, "lorsque l'enfant se voit incapable d'atteindre le rôle sexuel désiré et en retour la gratification désirée" (Schmale 1964). Dans la majorité des cas, nous

pouvons dire avec Mei-Tal et al. : "Même ceux qui ont ressenti des sentiments d'insuffisance face à des exigences accrues de performance, paraissaient davantage préoccupés par ce qu'ils ressentaient comme une déception ou une désapprobation de la part d'autrui, plutôt que par leurs propres normes internes". Dans les quelques cas où nous ne pouvons exclure l'affect de 'hopelessness' aussi catégoriquement (Janine, Evelyne, Cristina), nous sommes au moins certains de l'absence de la défense de caractère contre 'hopelessness' (Schmale 1972 : "Satisfaction par des sentiments de fierté et de bonté provenant du fait de donner à autrui, sans aucune considération pour ses besoins propres").

C. En résumé, nos patients se situent nosographiquement dans un domaine de "normalité" allant du caractère à traits névrotiques déterminés à la névrose de caractère (détériorée dans un sens psychopathique dans les cas avancés). La névrose de caractère s'associe aux évolutions les plus graves de la S.E.P. Lors de stress émotionnels précédant les poussées et dans les cas de S.E.P. avancée, s'expriment de plus en plus clairement les conflits qui forment un noyau constitutif de la névrose de caractère : le conflit dépendance-agressivité et l'angoisse de séparation. Ce noyau est responsable de traits de caractère qui, de l'avis des chercheurs (Groen et al., Grinker et al., Philippopoulos et al.), sont déjà présents avant la maladie neurologique, et leur source génétique est également celle de l'affect de 'helplessness' selon l'école de Rochester, affect considéré par Mei-Tal et al. comme caractéristique du contexte déclenchant des poussées de S.E.P. Nos observations sont compatibles avec ces vues.

III. CONTEXTE EMOTIONNEL PRECEDENT LA POUSSEE DE S.E.P.

Lors de l'examen de nos malades, nous nous sommes efforcés de voir, si le début de la S.E.P. et les poussées ultérieures se situent en relation à des contextes existentiels particuliers. Il nous a d'abord fallu déterminer le nombre de poussées subies par chaque malade, ce qui est parfois ardu dans des cas à évolution tumultueuse avec des exacerbations plus ou moins importantes, où l'hospitalisation n'est pas toujours motivée par une rechute de S.E.P. (c.f. le cas de Suzanne).

Voici la liste des poussées placées dans leur contexte existentiel, le chiffre 1) se référant chaque fois au début de la maladie neurologique :

Helen

1) infidélité du conjoint
2) "surmenage", (perte d'un amant, perte du conjoint).

Frieda

1) épuisement par une marche, (tentative d'enlèvement par la mère)
2) "surmenage", (projet de se marier et hostilité de la future belle-famille).

Evelyne

1) échec scolaire
2) engagement dans un apprentissage faute de mieux et pour ne pas décevoir l'entourage.

Henri

1) engagement sans envie dans un apprentissage, pour ne pas décevoir l'entourage
2) rupture sentimentale
3) conflit entre son amie et ses parents
4) placement en institution, les parents étant épuisés.

Alice

1) "surmenage", (conflit conjugal ?)
2) infidélité du mari

Janine

1) ? (vacances en famille)
2) avortement provoqué, cancer de la mère
3) (a quitté la ville de ses parents pour suivre son fiancé)
4) licenciement, risque de perdre son fiancé

Monique

1) ? (vacances en famille)
2) effondrement dépressif du mari, âgé, dont elle dépend physiquement

Cristina

1) ? (vacances en famille)
2) "surmenage" (conflit avec son supérieur)

Suzanne

1) ?
2) (intrication étroite entre aggravation et conflits à problématique d'abandon)
3) idem
4) idem

Charles

1) ?

Evolution progressive, sans qu'il soit possible de délimiter nettement des poussées.

Edmond

1) ?
2) ?
3) ?
4) ?
5) ?

Chantal

1) ? (les filles de la patiente, adolescentes, ont moins besoin de sa présence et la patiente serait libre de commencer une autre activité.
2) ?
3) ?
4) ?
5) ?

Nos 12 malades ont subi 35 poussées de S.E.P., si nous comptons chaque début de maladie comme une poussée. Négligeons les cas de Charles qui n'a pas consenti à nous renseigner suffisamment, et de Chantal et Edmond, qui ne peuvent se souvenir de jamais s'être trouvés en conflit : il nous reste 9 patients avec 24 poussées, dont 20 sont situées dans des contextes conflictuels. Malgré l'élimination des cas les plus défavorables à la statistique, nous restons cependant bien en deçà des chiffres de Mei-Tal et al., qui comptent sur leurs 32 patients 42 poussées et débuts de maladie et arrivent à déterminer dans 39 cas sur ces 42 un contexte

conflictuel. La plus grande abondance de leur récolte est certainement due à la relation plus approfondie que ces auteurs ont pu nouer avec leurs patients. Mais ici notre approche plus grossière a l'avantage de faire saillir plus nettement un détail digne d'intérêt :

Les poussées en dehors de situations décrites comme conflictuelles constituent en général le début de la maladie. Chez nos 9 cas "favorables à la statistique", toutes les poussées ultérieures à la première peuvent être situées dans un contexte conflictuel. Mais dans 4 cas, les poussées initiales de ces 9 patients se produisent dans une situation où, disent-ils, ils sont libres de soucis. 3 de ces cas sont d'ailleurs en relation avec des vacances en famille.

Mais ne faudrait-il pas s'attendre à ce qu'un traumatisme plus important soit nécessaire pour mettre en train un processus lésionnel que pour faire progresser une lésion déjà formée ? Or, le traumatisme psychique déclenchant le début de la maladie est souvent moins évident que celui mis en relation avec les poussées ultérieures. Le relevé de Mei-Tal et al. confirme cette tendance. Ils groupent les contextes déclenchants en :

1) contexte de menace subite pour la vie propre ou pour celle d'un objet significatif,
2) contexte d'une perte d'objet effective,
3) contexte d'exigence accrue menaçant avec des sentiments d'incapacité.

C'est dans ce troisième groupe que sont classés des contextes déclenchants qui ne paraissent pas traumatiques en soi aux yeux d'un observateur extérieur : premier accouchement de la soeur jumelle, mariage d'un frère aîné, premier emploi après qualification récente (2 fois), devenir propriétaire d'une ferme, projets de mariage, mariage, décision de grossesse, grossesse, décision d'adoption. Ces événements ne constituent pas de pertes réelles d'objet ou des menaces de perte réelle d'objet, provoquant l'apparition de sentiments d'incapacité (de satisfaire et garder l'objet) vécus comme menaçants. Il faut croire que ces contextes, qui ne sont compréhensibles qu'à travers une connaissance de la personnalité du sujet sont des plus traumatiques, puisqu'ils constituent 10 des 28 contextes idientifiés de début de maladie, et que seule 1 poussée ultérieure à la première paraît déclenchée par un contexte de ce genre, alors que pour les 8 autres poussées ultérieures cataloguées par ces auteurs, il a suffi d'une perte réelle d'objet ou de la menace d'une telle perte.

Nous pouvons à notre tour, regrouper les contextes déclenchants, selon la façon dont ils sont ressentis.

1) Nous classerions dans un premier groupe les poussées que les patients mettent en relation, sans hésitation, avec des pertes d'objet dont ils ont été victimes ou dont ils étaient menacés. La maladie déjà avancée d'Henri s'aggrave lorsque ses parents le placent à Montana. La perte d'un emploi combinée à une menace de rupture avec son fiancé précipite la quatrième poussée chez Janine. L'effondrement dépressif du mari

accélère brusquement la S.E.P. progressive depuis des années chez Monique. Il s'agit de pertes ou menaces de perte évidentes pour tout le monde chez des sujets dont la maladie est plus ou moins avancée, et qui en connaissent tant le diagnostic que le pronostic habituel de dépendance finale. Des défenses psychologiques paraissent inaptes à amortir l'impact de ces pertes. Celles-ci suscitent un sentiment de "helplesness" qui accompagne les perturbations somatiques.

2) Chez un deuxième groupe, la poussée a été précédée d'une période de tension prolongée, pendant laquelle les patients se sont débattus jusqu'à épuisement contre des espèces "d'ennuis" situés à l'extérieur d'eux. Or ces "ennuis" coïncidaient avec des conflits avec des personnes significatives, et l'acharnement contre eux détournait l'attention de ce conflit tout en épuisant l'énergie dans la lutte pour un leurre de solution. Appelons ce dernier groupe de contextes déclenchants du même nom que leur donnent les patients concernés : "surmenage". Les réactions physiologiques au stress, qui accompagnent le "surmenage", favorisent probablement la perturbation somatique aboutissant à la poussée de S.E.P. Des exemples sont fournis par Helen, qui s'est épuisée dans des démarches pour la vente d'un appartement et d'achat d'une maison. Cette transaction a été nécessité par une rupture sentimentale et lui faisait oublier qu'elle était en train de perdre son conjoint. Frieda avait également des ennuis immobiliers. Plus exactement, elle prenait à son compte les ennuis immobiliers de son fiancé, avec qui elle ignore si elle se mariera, étant donné l'opposition de la belle-famille potentielle. Ce cas nous montre comment notre groupe de "surmenés" se recoupe avec celui des contextes d'exigence accrue menaçante avec des sentiments d'incapacité, groupe délimité par Mei-Tal et al., qui remarquent que les patients en question se sentent menacés de perte d'objet lorsqu'ils se sentent obligés de fournir des performances accrues, parce qu'ils craignent la déception ou la désapprobation de l'objet. Donnons encore l'exemple d'Alice : le mari n'est pas enchanté de sa grossesse, car il veut ouvrir un garage. La maladie commence après un an et demi de "surmenage" après l'accouchement, surmenage rendu nécessaire pour que le mari puisse ouvrir son garage. Lors de l'entretien exploratoire, les patients de ce groupe ont mis du temps pour mentionner leur surmenage et l'ont en général fait avec une gêne que l'objet immédiat du surmenage ne pouvait expliquer.

3) Les "conflits interpersonnels" non déviés, qui déclenchent le troisième groupe de poussées, ne sont, eux, révélés qu'à la fin d'un long entretien, révélation qualifiées d'aveux par les patientes elles-mêmes. Nous parlons de l'aggravation de la maladie chez Alice, qui en veut à son mari pour son infidélité mais n'ose pas en parler avec lui. La tension croissante qu'elle ressent en elle provoque l'aggravation de ses symptômes. Cristina subit une poussée de S.E.P. dans le contexte d'une tension interne et d'un surmenage, qui n'est pas un déri-

vatif comme dans le groupe précédent, car il résulte de son activité de compétition bravant les obstacles que lui oppose son supérieur.

4) Où ranger les poussées survenues en absence de tout sentiment reconnu de perte, de tout surmenage et de tout conflit interpersonnel ? Nous avons dit que lors de 7 des 12 poussées initiales, il ne s'est, de l'avis des patients, "rien passé de spécial". Pour entrer dans cette maladie, il faut pourtant des perturbations physiologiques plutôt graves. Chantal nous a donné un premier soupçon sur le genre de stress émotionnel qui pouvait être lié à certaines poussées. Quelque chose l'a incitée à vouloir nous prouver que sa maladie n'avait aucune relation avec des émotions. En guise d'argument, elle explique que la première de ses cinq poussées rapprochées s'est déclarée au moment où elle était particulièrement libre de soucis, et où ses filles étaient assez grandes pour qu'elle puisse reprendre son travail de secrétaire. On lui a offert un poste de coordinatrice d'actions publicitaires dans une chaîne de magasins. Pour une jeune femme qui a passé sa vie dans la conformité la plus stricte, cette occasion de déployer des initiatives et de l'imagination devait être séduisante... Nous avons l'impression que cette patiente s'est trouvée au seuil d'un "conflit intrapsychique" suscité par les nouvelles perspectives d'activité qui supposeraient qu'elle accepte une réduction de son rôle de mère de famille. Ce conflit inconscient n'a pu s'exprimer que dans un état de malaise profond mais à peine perçu, favorisant la perturbation somatique. Ce cas illustre l'incapacité de se séparer de la présence inconsciente d'un objet psychique, relevé par Mei-Tal et al.

Nous venons d'ordonner les situations déclenchantes selon deux gradients concomitants : celui de la localisation du conflit de plus en plus à l'intérieur du sujet, et celui de la résistance à la communication de ce conflit, qui augmente à mesure qu'on quitte les "pertes évidentes" pour s'approcher des "conflits intrapsychiques". Une perte reconnue ou niée, d'un objet réel ou intériorisé étant le dénominateur commun de toutes ces situations déclenchantes. La corrélation de ces gradients est, d'un certain point de vue, banale. Que la perte d'une relation proche soit douloureuse relève du "sens commun" et est facile à communiquer, voire n'a même pas tellement besoin d'être verbalisé. Nous pouvons également nous attendre à ce que des conflits interpersonnels soient moins volontiers admis. Quant au conflit intrapsychique, tout le monde n'est pas prêt à le reconnaître chez soi, et son existence pure est de toute manière virtuelle. Il faut également avoir présent à l'esprit que ces patients ont été hospitalisés en neurologie pour qu'on les soulage de troubles somatiques graves, plutôt que pour qu'ils disent à un psychiatre qu'ils ont des problèmes psychologiques. Nos patients se montrent donc en accord avec le "sens commun", pour lequel ce que nous venons de dire est banal. Mais le "sens commun", lui, est-il banal ? Il nous semble que nous devrions justement mettre en question le "sens commun" de l'accepta-

tion non distanciée ni réfléchie de la réalité, si nous voulons mettre en question le fonctionnement mental considéré comme typique des malades psychosomatiques et par certains aspects également des polyscléreux : "Des conformistes d'un degré élevé", écrivent Grinker et al., et nos patients leur donnent plutôt raison.

Selon Baldwin (1952), les polyscléreux se distinguent des sujets sans maladie physique d'après la conception qu'ils ont de la source de leur malaise relationnel. Cet auteur a constaté que les sujets de contrôle en bonne santé qui ont un "profil élevé" au MMPI se distinguent de ceux dont le profil est dit "bas" par une plus grande sensibilité à leur entourage psychologique et par la subtilité dans l'évaluation de celui-ci, tandis que les polyscléreux à "profil élevé" se distinguent de ceux à "profil bas" par un plus grand nombre de faits anamnestiques traumatisants passés et actuels. Mis en difficultés relationnelles, les patients de Baldwin semblent donc transformer leurs pulsions et conflits en faits de réalité matérielle, comme nos patients qui les projettent à l'extérieur d'eux, où ils deviennent la cible d'une hyperactivité qui épuise la tension émotionnelle dans le "surmenage". Pour situer leur malaise, les patients peuvent ainsi se référer à une réalité factuelle évidente pour le sens commun.

La tension émotionnelle est cependant mal perçue et peu exprimée par ces patients, ce qui a également frappé Grinker et al. : "A l'égard de ces frustrations et de la maladie elle-même, le ressentiment, l'irritation ou la colère n'étaient pas exprimés, mais, en accord avec leur caractère fondamental prémorbide, les patients refoulaient tout sentiment négatif et semblaient satisfaits et gais avec ce qu'ils recevaient". Groen et al. notent que le névrosé attire l'attention avec ses plaintes et son comportement inadéquat, tandis que le polyscléreux se maîtrise obstinément, ne montre pas d'angoisse, et tombe organiquement malade. Or, la défense projective est apparemment insuffisante pour empêcher qu'une importante tension émotionnelle subsiste, et amène finalement à un dérèglement physiologique qui favorise le processus lésionnel.

Quant aux poussées initiales sans traumatisme apparent, nous proposons l'hypothèse que certaines modifications dans la vie de nos sujets ont éveillé des pulsions mal intégrées et "inavouables", qui ont suscité des remous émotionnels confus, aboutissant aux perturbations physiologiques et produisant la lésion initiale. Ces événements, dont les patients ne nous ont rien dit, car il s'agit justement d'événements coupés de leur conscience et non verbalisables, seraient donc responsables d'un certain nombre de poussées initiales. Chez les sujets qui fonctionnent sur le mode de la "pensée opératoire", les poussées ultérieures seraient déclenchées de la même manière (Edmond et Chantal). Mais chez une majorité de malades, le noyau conflictuel de base (le besoin de dépendance orale et la réaction agressive à la frustration, c.f. chapitre précédent) se condense avec la

progression de la maladie. La projection permet alors une certaine intégration des besoins pulsionnels et une réorganisation des défenses, tout en étant à son tour facilitée par la dépendance grandissante d'objets externes.

Au chapitre précédent, nous avons relevé des indices, selon lesquels les évolutions sévères de la S.E.P. se trouvent surtout chez des personnalités structurées en névrose de caractère, personnalités donc chez lesquelles la projection est une défense essentielle. En effet, la projection se révèle à terme une défense coûteuse, parce qu'elle aboutit à une déformation de la perception de la réalité. Il en résulte des conflits et angoisses d'abandon supplémentaires, qui prepétuent l'état de tension. L'intégration hystérique du traumatisme émotionnel (et de la perturbation somatique) ou son déni complet au moyen de la "pensée opératoire", pourraient constituer un traitement de l'émotion qui facilite mieux la récupération que ne le fait la projection persistante. Malheureusement la projectivité, préparée par la fixation prégénitale, s'impose de plus en plus comme une étape de régression lors de la chronicisation et de l'aggravation de la maladie.

IV. LA PORTEE D'UNE CONCEPTION PSYCHOSOMATIQUE DE LA S.E.P.

Nous n'avons pas commenté les théories pathogénétiques prises en considération par les neurologues, qu'elles postulent une infection par un "virus lent", un processus autoimmunitaire ou un autre mécanisme physiopathologique. Il n'est pas de notre compétence de juger de la valeur scientifique de ces théories, ni de l'importance des données épidémiologiques, génétiques, immunologiques, biochimiques et anatomopathologiques sur lesquelles elles reposent. Après un siècle de recherches biologiques sur la S.E.P., nous assisterons peut-être un jour à la mise en évidence de certaines dominantes causales qui émergeront de la masse d'indices plus ou moins indirects et de données d'interprétabilité incertaine. Or il nous semble, que nous ne saurons comprendre le sens de ces données, c'est-à-dire en quoi elles concernent l'être humain, si nous ne tâchons pas de les considérer sous l'angle de son organisation sociale, car c'est à travers elle que l'homme a accès à ses conditions matérielles d'existence.

Dans la mesure où l'activité humaine modifie le milieu ambiant, la science médico-biologique tient d'ailleurs compte de facteurs sociaux, et ceci particulièrement dans la recherche sur l'étiologie de la S.E.P., où l'épidémiologie prend une des premières places. En conclusion d'une vaste étude épidémiologique, Leibowitz et Alter (1973) peuvent ainsi for-

muler l'hypothèse, selon laquelle la S.E.P. serait due à un agent infectieux, dont la source serait l'eau potable; la distribution géographique de la S.E.P. refléterait le niveau sanitaire de l'environnement, l'acquisition de l'agent infectieux étant différéedans certaines régions à un âge où le système nerveux est myélinisé, de sorte que des anticorps démyélinisants peuvent se former.

S'il s'avérait, conformément à cette hypothèse, que la prévalence de la S.E.P. dépend du développement des conditions matérielles d'existence de l'humanité (c'est-à-dire des forces productives au sens entier), celle-ci serait en mesure de combattre l'origine de cette maladie, à condition qu'elle contrôle rationnellement le développement des forces productives, ce qui suppose évidemment qu'elles ne soient plus propriété privée soumise aux lois aveugles du marché. Nous retrouverions ainsi la tradition d'un Virchow qui exigea, pour combattre l'épidémie de typhus exanthématique en Silésie en 1847-1848, non pas des médicaments et des aliments, mais "la démocratie entière et illimitée".

Mais les causes sociales des maladies ne se présentent pas seulement sous la forme d'agressions matérielles : usure mécanique, accidents de travail et de circulation, irridiations, pollution, cancers industriels, pneumoconioses, etc. La médiatisation par le vécu subjectif des affections somatiques prend également de plus en plus d'importance, ce qui se traduit par l'intérêt croissant pour la médecine psychosomatique. (Comme pour les structures prégénitales - névroses de caractère, personnalités narcissiques, états borderline -, qui apparaissent comme des corollaires des affections psychosomatiques, il n'y a pas d'unanimité si c'est la morbidité psychosomatique ou seulement l'intérêt médical pour la psychosomatique qui a augmenté, ou, ce qui serait notre avis également, si les deux ont gagné de l'importance durant les dernières décennies).

Si nous ne négligions pas les perturbations émotionnelles comme une simple facilitation marginale non-spécifique pour la pathogénèse des maladies, il serait possible d'étudier le rôle du vécu subjectif - et par là des relations sociales - dans toutes les maladies somatiques, au-delà de celles qui sont traditionnellement reconnues comme fonctionnelles ou psychosomatiques.

Si nous posons la question : "Pourquoi telle personne tombe-t-elle malade à tel instant, pourquoi telle autre est-elle morte à tel instant ?", nous tombons dans la grande majorité des cas sur l'implication du vécu subjectif. Pour Engel (1968), 70-80 % des débuts de maladie sont précédés d'un état psychologique particulier, qu'il appelle le "giving-up / given-up complex". Cet état n'est pas spécifique d'une maladie particulière, mais justifie qu'on postule un mécanisme psychosomatique dans toute maladie, et non seulement dans les "grandes maladies psy-

chosomatiques" et les troubles fonctionnels, qui touchent des organes ou des fonctions psychiquement représentés ou participant directement à la vie pulsionnelle. Car tous les organes et toutes les fonctions d'un organisme donné agissent les uns sur les autres, de sorte qu'ils sont tous, sinon de manière immédiate, du moins indirectement en relation avec le psychisme. Si la substance blanche, la myéline ou l'oligodendroglie n'ont pas de représentation psychique issue de la vie pulsionnelle, les processus physiopathologiques qui impliquent ces parties organiques dans la S.E.P. sont, eux, aussi indirectement soit-il impliqués dans la vie de relation. A propos d'infection par un "virus lent" et de processus auto-immunitaires démyélinisants, il sera utile de rappeler qu'il existe de nombreux indices en faveur d'une influence de la vie émotionnelle sur des mécanismes immunitaires qui interviennent dans la réaction aux infections, dans les réactions d'hypersensibilité et dans les maladies autoimmunes et néoplasiques (Schiavi et Stein, 1975).

Dans nos observations de malades atteints de S.E.P., nous avons relevé l'importance d'une organisation prégénitale de la personnalité et d'un état précédant les poussées caractérisé par la présence d'une angoisse d'abandon et d'une tension émotionnelle. Nous avons pu constater que les faits cliniques rapportés sont frappés d'une marge d'indétermination causale psychosomatique, où nous sommes incapables de dire dans quelle mesure c'est l'atteinte organique qui a produit les faits psychiques décrits, et dans quelle mesure ces faits psychiques ont donné une impulsion au processus lésionnel. Nous sommes convaincus qu'un examen plus approfondi de nos malades aurait tout au plus rétréci cette marge d'indétermination, sans la supprimer. En effet, cette indétermination se reproduit dans la littérature consacrée à la psychosomatique de la S.E.P. : lorsqu'on la considère dans son ensemble, on trouve des auteurs qui déclarent que tous les faits psychiques constatés chez les polyscléreux résultent de la maladie neurologique, et d'autres qui leur attribuent à des degrés divers une responsabilité dans la progression de la maladie.

Nous considérons cette marge d'indétermination comme constitutive de la dialectique psychosomatique. Le métabolisme entre l'homme et la nature se prolonge au niveau du corps humain. Si l'homme, par le travail, qui nécessite sa constitution sociale, s'approprie la nature en utilisant les lois inhérentes à celle-ci, lois qui existent indépendamment de la conscience et de la volonté humaines et sont extérieures à elles, cette relation se prolonge au niveau de l'individu dans ses rapports avec l'organisme auquel il est lié, et qui est porteur des mêmes lois physico-chimiques de la nature. Au niveau de l'organisme, le sujet se sert de ces lois, qui le dépassent cependant et finissent toujours, avec la mort, par avoir le dessus. Dans la mesure où le sujet dispose de la causalité naturelle contenue dans l'organisme, il s'approprie des parties et des fonctions de celui-ci, et se constitue avec

son corps, et dans la mesure où les lois de causalité naturelle s'imposent au sujet, des parties du corps s'aliènent de lui. Le degré auquel le sujet dispose de son organisme dépend non seulement de la virulence des influences matérielles qui touchent ce dernier, mais également des capacités qu'a le sujet d'intégrer dans son corps des influences matérielles nouvelles. Le sujet lui-même étant socialement déterminé dans son histoire et dans ses rapports actuels, ses capacités d'intégration varient en fonction des déterminations sociales. L'action dynamique de ces deux variables sur le corps - les influences matérielles touchant l'organisme et la capacité d'intégration socialement déterminée du sujet - s'initie à la naissance et se termine à la mort, et crée ce mouvement constant entre appropriation et aliénation que Marty (1976) explique par le concept métaphysique des "instincts de vie et de mort". Ce que nous avons appelé "marge d'indétermination causale psychosomatique" est un reflet de cette dynamique.(*)

Il existe plusieurs modèles théoriques qui expliquent l'appropriation défectueuse de l'organisme par le futur malade psychosomatique. Grâce à la théorie de socialisation de Lorenzer sur laquelle il est construit, le modèle proposé par Zepf (1976) se distingue par sa cohérence. Pour Zepf, les mères de ces patients ont avec leurs enfants une "pratique restreinte" d'interactions qui se limitent pour l'essentiel aux apports nécessaires à la survie de l'enfant. Il en résulte une différenciation rudimentaire des "engrammes d'interaction" et une structuration et intégration pauvre de l'organisme biologique. Des états de tension corporelle sont imparfaitement différenciés en besoins particuliers. Des fonctions corporelles particulières ne sont pas développées et intégrées comme des moyens aptes à satisfaire des besoins. Par conséquent, l'enfant se sent particulièrement démuni dans la phase de séparation, et s'accroche à l'objet, seul capable de procurer la détente. Comme l'attitude de la mère restreint également les interactions entre l'enfant et d'autres personnes, de nombreuses interactions constituent des lieux où la fusion primaire avec la mère persiste et ne sont pas symbolisées. Comme les états de tension corporelle ne sont pas vécus dans des interactions dénommées avec d'autres objets, ils ne se différencient pas en besoins pulsionnels conscients. L'offre d'interaction

(*) A partir de thérapeutiques de relaxation, A. Andreoli a observé de près cette dynamique chez des patients psychotiques et psychosomatiques. En faisant abstraction de la différence des références théoriques, nous pouvons voir une correspondance de ses notions "d'aire grise" et de "transformations du corps" (entre émotions, matrices corporelles du rêve et éléments symboliques) avec les nôtres d'organisme porteur de lois physico-chimiques et du mouvement appropriation/aliénation du corps.

étant restreinte la fantasmatisation le sera également. Le peu d'interactions dénommées avec d'autres objets créera peu de symboles se référant à des interactions vécues, de sorte que le langage sera essentiellement constitué de signes appris par la désignation à distance. A cause de la carence symbolique, le sujet ne se détermine pas, dans ses relations sociales, par rapport à son histoire propre. Il règle son comportement de manière aconflictuelle sur les signes qui lui sont montrés et se conforme strictement à eux, pour satisfaire ses besoins anaclitiques. Lors de menace contre la relation avec l'objet, l'individu se sent de nouveau démuni et associe l'interaction traumatique réactualisée aux organes et substances, qui ont pour lui un aspect de séparation ou de réunion. Ceux-ci s'impliquent alors dans des mécanismes physiopathologiques indifférenciés.

Le modèle de Zepf décrit la génèse d'une personnalité que nous avons assimilée à la névrose de caractère, et qui se révèle également dans la S.E.P. à mesure que la maladie progresse. A notre avis, ce processus neuropathologique peut être favorisé par une appropriation défectueuse de l'organisme par le sujet, qui a pour conséquence que, lors de menace contre la relation d'objet anaclitique, des mécanismes physiopathologiques sont mis en train, qui empêchent l'intégration d'influences matérielles telles, par exemple, la présence d'un "virus lent" ou la déviation de mécanismes immunitaires. Cependant, ce modèle - qui obéit à une règle d'abstention à laquelle l'école de Lorenzer paraît s'être fixée - ne saisit pas concrètement la détermination du sujet par les rapports sociaux capitalistes et ne peut donc ramener la modification de la capacité d'intégration psychosomatique à des changements concrets dans les rapports sociaux. Aussi Zepf tombe-t-il dans un fatalisme aux accents marcusiens, lorsqu'il se limite à démontrer que la carence d'une subjectivation consciente amène ces personnalités à prendre à leur compte l'interprétation des signes prônée par la classe dominante selon ses intérêts, ce qui contribue à cimenter les rapports sociaux et les rapports de pouvoir. Il ne tire en effet pas la conséquence de la structure contradictoire de la société capitaliste, qui se manifeste nécessairement par des crises économiques et idéologiques. Or, la crise de l'idéologie dominante se caractérise entre autres - nous restons dans le cadre conceptuel de Zepf - par l'émergence d'interprétations contradictoires des signes, parmi lesquelles les sujets auront à faire un choix. Ce choix, ils ne le feront pas forcément selon l'intérêt de la classe dominante en perte de légitimation...

Plus haut, nous avons parlé des perturbations physiopathologiques comme d'une <u>aliénation</u> du corps. Pour désigner la perte de la capacité d'intégration de l'organisme par le sujet, nous avons ainsi utilisé le même terme que celui qui s'applique aux rapports sociaux du sujet dans la société capitaliste. En effet, l'aliénation du corps est déterminée non

suelement par la virulence d'influences matérielles extérieures, mais également par l'aliénation du sujet dans les relations marchandes. En décrivant, dans le fonctionnement opératoire, "un défaut de la structuration dynamique du complexe d'Oedipe qui s'exprime, entre autres, par une expression particulière des désirs qui visent directement l'objet sans référence à un tiers," de M'Uzan (1973) ne fait-il pas une paraphrase des rapports sociaux capitalistes, qui sont essentiellement duels (salarié/employeur, consommateur/commerçant, etc) et dont le sens social échappe à la conscience et se présente sous une forme aliénée, les relations étant devenues les choses Valeur, Economie, Droit, Caractère, etc. ? L'instrumentalisme de la pensée opératoire représente un degré extrême de réification des rapports interpersonnels. Cette réification, nous l'avons également rencontrée dans le "surmenage" avant les poussées de S.E.P., où des conflits intra- ou interpersonnels se présentent comme des "ennuis" factuels. La dépendance anaclitique ne comporte-t-elle pas une réification du fantasme et de la relation interpersonnelle, qui se présentent comme chosifiés en objet de pulsions partielles ?

Marty et de M'Uzan (1963) parlent de "formes de pensée opératoire imposée par une pression extérieure, le plus souvent professionnelle, quand les exigences adaptatives sont considérables. Contraint de recourir presque exclusivement à ce mode de fonctionnement, épuisé par l'adaptation à des tâches automatiques, le sujet en vient à ne plus disposer d'aucune possibilité d'expression libératrice personnelle, en dehors de l'activité onirique, laquelle, du reste, n'est pas sans en subir le contrecoup. Le diagnostic peut être difficile quand il existe des manifestations somatiques, ce qui est justement fréquent dans ce genre de situations. Cependant, au bout de plus ou moins longtemps, l'investigation met en évidence : la réceptivité du sujet aux incitations affectives, le sentiment de frustration que lui cause sa manière de vivre, et dont on peut déduire le caractère traumatique d'une forme de pensée qui est, là, imposée par le dehors. Il va sans dire que dans ces cas, pronostic et thérapeutique se présentent sous un jour infiniment meilleur". Considérer ces cas comme particuliers, comme font ces auteurs, ou comme exemplaires de notre mode de vie, c'est finalement une affaire de point de vue. Retenons que leur pronostic est bon et suggérons qu'au niveau de la société la thérapeutique(*) consiste en l'aboli-

(*) Nous disons "thérapeutique" sans vouloir nier que la révolution socialiste permettra une prévention de certaines psychopathologies pour les générations futures. Or, la révolution socialiste comporte une transformation fondamentale des relations interpersonnelles, qui donnera un sens nouveau à l'histoire individuelle et résoudra certains conflits qui en sont issus. Cette chance est aujourd'hui sous-évaluée, à cause de l'apparence d'immuabilité dont le capitalisme dispose encore, et qui se traduit par la préséance absolue qu'on tend à accorder à la socialisation primaire.

tion d'un système social aliénant, pour que des rapports sociaux assumés consciemment par tous s'installent et que la "pratique restreinte" (Zepf) fasse place à des interactions symbolisées et richement développées.

Tout en tenant compte des limites qui peuvent être déplacées mais jamais supprimées, à l'intérieur desquelles le sujet peut se servir des lois naturelles dont son corps est porteur, nous espérons avoir esquissé de quelle manière la maladie du corps s'articule avec la problématique du sujet. Ainsi la portée d'une conception psychosomatique de la S.E.P. réside dans un enjeu social qui a été éliminé des modèles pathogénétiques purement biologiques, dont nous ne contestons par ailleurs aucunement le fondement scientifique. Rappelons encore que cette problématique sociale de la maladie a déjà été énoncée à propos de la S.E.P. par Groen et al., qui décrivent les raisons culturelles de la subjectivation particulière du polyscléreux dans son enfance et souhaitent leur changement, instaurent une prise en charge médicale de ces patients en tenant compte du facteur relationnel, et proposent des transformations des relations interpersonnelles dans l'ensemble de la société.

D. RESUME

Dans la revue de la littérature, qui forme la première partie de ce travail, nous avons rassemblé les résultats des études qui ont été faites sur différents aspects psychiatriques et psychologiques de la sclérose en plaques. Les phénomènes mentaux saisis par ces études sont pour la plupart considérés comme des conséquences de la maladie neurologique. Cependant, il existe des travaux approfondis qui posent le problème de données psychodynamiques spécifiques antérieures aux manifestations neurologiques. La sujet ne concerne donc pas seulement la neuropsychiatrie et la psychologie du malade (somatique), mais interroge également les théories psychosomatiques.

La deuxième partie est constitué d'onze observations de malades atteints de sclérose en plaques, où nous nous efforçons d'insérer l'histoire de la maladie dans celle de la vie des patients.

Dans la troisième partie, notre casuistique nous permet non pas d'apporter une nouvelle théorie psychosomatique explicative de la sclérose en plaques, mais d'exposer notre modèle hypothétique selon lequel dans cette maladie - comme probablement dans toute autre maladie somatique -, il existe une marge d'indétermination causale psychosomatique, où nous sommes incapables de dire dans quelle mesure c'est l'atteinte organique qui produit les faits psychiques observables, et dans quelle mesure ce sont ces faits psychiques qui donnent une impulsion au processus lésionnel. Cette marge d'indétermination exprime les rapports de la biologie avec l'organisation sociale des relations interpersonnelles.

B I B L I O G R A P H I E

1. ADAMS, C.W.M. : The progression of the lesion in multiple sclerosis. Neurology, 34 : 33-34 (1976).

2. ANDREOLI, A. : Les démons dans le corps : I : La relaxation des patients psychotiques. Revue de Médecine Psychosomatique et de Psychologie Médicale, No 2 : 121-133 (1977). II : La relaxation des patients psychosomatiques. Revue de Médecine Psychosomatique et de Psychologie Médicale, No 3 : 293-310 (1977).

3. BALDWIN, M.V. : A clinico-experimental investigation into the psychologic aspects of multiple sclerosis. J. Nerv. Ment. Dis., 115 : 299-342 (1952).

4. BEATTY, P.A. et GANGE, J.J. : Neuropsychological aspects of multiple sclerosis. J. Merv. Ment. Dis., 164 : 42-50 (1977).

5. BENDER, I. : Die psychischen Veränderungen bei der multiplen Sklerose. Dtsch. Z. Nervenhk., 163 : 483-526 (1950).

6. BLATT, B. et HECHT, I. : The personality structure of the multiple sclerosis patient as evaluated by the Rorschach diagnostic technique. J. Clin. Psychol., 7 : 341-344 (1951).

7. BOLDING, H. : Psychotherapeutic aspects of the management of patients with multiple sclerosis. Dis. Nerv. Syst., 21 : 24-26 (1961).

8. BOTTENBERG, E.H. et al. : Multiple Sklerose und Stimmungslage. Arch. Psychiat. Nervenkr., 220 : 27-36 (1975).

9. BRACELAND, F.J. et GIFFIN, M.E. : The mental changes associated with multiple sclerosis. A.Res. Nerv. Ment. Dis., 28 : 450-455 (1950).

10. BRICKNER, R.M. : The significance of localized vasoconstriction in multiple sclerosis. A. Res. Nerv. Ment. Dis., 28 : 236-244 (1950).

11. BRICKNER, R. et SIMONS, B. : Emotional stress in relation to attacks of multiple sclerosis. A. Res. Nerv. Ment. Dis., 28 : 143-149 (1950).

12. BURGEMEISTER, B. et TALLMAN, G. : Rorschach patterns in multiple sclerosis. Rorschach Res. Exchange, 9 : 111-122 (1945).

13. CANTER, A.H. : Direct and indirect measures of psychological deficit in multiple sclerosis. J. Gen. Psychol., 44 : 3-50 (1951).

14. CANTER, A.H. : MMPI profiles in multiples sclerosis. J. Consult. Psychol., 15 : 253-256 (1951).

15. CHARCOT, J.M.: (1874) cité dans : GROEN et al. (1967).

16. CHODOFF, P. : Adjustment to Disability : Some observations on patients with multiple sclerosis. J. Chron. Dis., 9 : 653-670 (1959).

17. CLEELAND, C.S. et al. : MMPI profiles in exacerbation and remission of multiple sclerosis. Psychol. Rep., 27 : 373-374 (1970).

18. COTTRELL, S.S. et WILSON, S.A.K. : The affective symptomatology of disseminated sclerosis. J. Neurol. Psychopathol., 7 : 1-30 (1926).

19. DAVIS, J.L.J. et al. : MMPI correlates with disability in multiple sclerosis. Psychol. Rep., 28 : 700-702 (1971).

20. DAY, M. et al. : Group therapy of patients with multiple sclerosis. Arch. Neurol. and Psychiat., 69 : 193-196 (1953).

21. ENGEL, G.L. : A life setting conducive to illness : the giving up - given up complex. Ann. Int. Med., 69 : 293-300 (1968).

22. FINK, S.L. et HOUSER, H.B. : An investigation of physical and intellectual changes in multiple sclerosis. Arch. Phys. Med., 47 : 55-64 (1966).

23. GILBERSTADT, H. et FARKAS, E. : Another look at MMPI profile types in multiple sclerosis. J. Cons. Psychol., 25 : 440-444 (1961).

24. GOLDSTEIN, G. et SHELLEY, C.H. : Neuropsychological dignosis of multiple sclerosis in a neuropsychiatric setting. J. Nerv. Ment. Dis., 158 : 280-290 (1974).

25. GRAHAM, D.T. et al. : Specific attitudes in initial interviews with patients having different "psychosomatic" diseases. Psychosom. Med., 24 : 257-266 (1962).

26. GRINKER, R.R., HAM, G.C. et ROBBINS, F.P. : Some psychodynamic factors in multiple sclerosis. A. Res. Nerv. Ment. Dis., 28 : 456-460 (1950).

27. GROEN, J.J., PRICK, J.J.G. et BASTIAANS, J. : De betekenis van persoonlijkheid en conflictsituaties voor het ontstaan, het beloop en de behandeling van multiple sclerose. Bohn, Haarlem, 1967.

28. HARROWER, M.R. : The results of psychometric and personality tests in multiple sclerosis. A. Res. Nerv. Ment. Dis., 28 : 461-465 (1950).

29. HARROWER, M.R. et KRAUS, J. : Psychological studies in patients with multiple sclerosis. Arch. Neurol Psychiat., 66 : 44-57 (1951).

30. HAYNAL, A. : Le sens du désespoir. La problématique de la dépression dans la théorie psychanalytique. P.U.F., 1976.

31. JAMBOR, K.L. : Cognitive functioning in multiple sclerosis. Brit. J. Psychiat., 115 : 765-775 (1969).

32. JELLIFFE, S.E. : (1921) : cité d'après GROEN et al. (1967).

33. KNEHR, C.A. : Differential impairment in multiple sclerosis. J. Psychol., 54 : 443-451 (1962).

34. LANGWORTHY, O.R. : Relation of personality problems to onset and progress of multiple sclerosis. Arch. Neurol. Psychiat., 59 : 13-28 (1948).

35. LANGWORTHY, O.R. : A survey of the maladjustment problems in multiple sclerosis and the possibilities of psychotherapy. A. Res. Nerv. Ment. Dis., 28 : 598-611 (1950).

36. LANGWORTHY, O.R. et LEGRAND, D. : Personality structure and psychotherapy in multiple sclerosis. Am. J. Med., 12 : 586-592 (1952).

37. LEIBOWITZ, U. et ALTER, M. : Multiple Sclerosis. Clues to its cause. North Holland Publ. Co., Amsterdam, 1973.

38. LONG, R.T. : Insights gained through group therapy with multiple sclerosis patients. J. Nerv. Ment. Dis., 119 : 366 (1954).

39. LORAS, O. : Les problèmes psychologiques des malades atteints de sclérose en plaques et de leur entourage. Vie méd., 45 : 93-101 (1964).

40. LUMSDEN, C.E. : Neuropathology of multiple sclerosis. In : Handbook of Clinical Neurology, Vol. 9. North Holland Publ. Co., Amsterdam, 1970.

41. MARTY, P. : Les mouvements individuels de vie et de mort. Payot, Paris, 1976.

42. MARTY, P. et de M'UZAN, M. : La pensée opératoire. Rev. Franc. Psychan., 27 (No spécial) : 345-356 (1963).

43. MATTHEWS, C.G. et al. : Neuropsychological patterns in multiple sclerosis. Dis. Nerv. Syst., 31 (161-170 (1970).

44. McALPINE et COMPSTON : (1952) cités dans : PRINEAS (1970).

45. MEI-TAL, V., MEYEROWITZ, S. et ENGEL, G.L. : The role of psychological process in a somatic disorder : multiple sclerosis. Psychosom. Med., 32 : 67-86 (1970).

46. MÖNKEMÖLLER, D. : Multiple Sklerose und Geisteskrankheit. Arch. Psychiat. Nervenkr., 65 : 459-528 (1922).

47. M'UZAN, M. de. : Psychodynamic Mechanisms in Psychosomatic Symptom Formation. Psychother Psychosom., 23 : 103-109 (1974).

48. NAMEROW, N.S. et THOMPSON, L.R. : Plaques, symptoms, and the remitting course of multiple sclerosis. Neurology, 19 : 765-774 (1969).

49. NEMIAH, J.C. et SIFNEOS, P.E. : Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In : Modern Trendsin Psychosomatic Medecine, ed. Hill, Butterworths, London, 1970.

50. OMBREDANE, A. : Sur les troubles mentaux de la sclérose en plaques. Thèse de Paris, 1929.

51. PARSONS, O.A. et al. : Impairment of abstracting ability in multiple sclerosis. J. Nerv. Ment. Dis., 125 : 221-223 (1957).

52. PHILIPPOPOULOS, G.S., WITTKOWER, E.D. et COUSINEAU, A. : The etiologic significance of emotional factors in onset and exacerbations of multiple sclerosis. Psychosom. Med., 20 : 458-465 (1958).

53. PIOTROWSKI, Z. : The Rorschach inkblot method in organic disturbances of the central nervous system. J. Nerv. Ment. Dis., 86 : 525-537 (1937).

54. PRATT, R.T.C. : An investigation of the psychiatric aspects of multiple sclerosis. J. Neurol. Neurosurg Psychiat., 14 : 326-332 (1951).

55. PRINEAS, J.W. : The etiology and pathogenesis of multiple sclerosis. In : Handbook of Neurology, vol. 9. North Holland Publ. Co., Amsterdam, 1970.

56. REITAN, R.M. et al. : Cognitive, psychomotor and motor correlates of multiple sclerosis. J. Nerv. Ment. Dis., 153 : 218-224 (1971).

57. ROSS, A.T. et REITAN, R.M. : Intellectual and affective functions in multiple sclerosis. Arch. Neurol. Psychiat., 73 : 663-669 (1955).

58. SAI-HALASZ, A. : Psychic alterations in disseminated sclerosis. Mschr. Psychiat Neurol., 132 : 129-142 (1956).

59. SCHMALE, A.H. : A genetic view of affects. Psychoan. Study Child, 19 : 287-299 (1964).

60. SCHMALE, A.H. : Giving up as a final common pathway to changes in health. In : Advances in Psychosomatic Medecine, vol. 8. Karger, Basel, 1972.

61. SCHIAVI, R.C. et STEIN, M. : Disorders of immune mechanisms. In : American Handbook of Psychiatry. Vol. 4, 1975.

62. SHONTZ, F.C. : MMPI responses of patients with multiple sclerosis. J. Consult. Psychol., 19 : 74-75 (1955).

63. SUGAR, C. et NADELL, R. : Mental symptoms in multiple sclerosis. J. Nerv. Ment. Dis., 98 : 267-277 (1943).

64. SURRIDGE, D. : An investigation into some psychiatric aspects of multiple sclerosis. Br. J. Psychiat., 115 : 749-762 (1969).

65. WALLACE, L. : Observations on the psychoanalytic treatment of a patient with multiple sclerosis. Int. Rev. Psycho-Anal., 2 : 65-79 (1975).

66. WEINSTEIN, E.A. : Behaviorial aspects of multiple sclerosis. Mod. Treat., 7 : 961-968 (1970).

67. WINNICOTT, D.W. : La défense maniaque (1935). In : De la pédiatrie à la psychanalyse. Payot, Paris, 1969.

68. ZEPF, S. : Die Sozialisation des psychosomatisch Kranken. Campus-Verlag, Frankfurt/New York, 1976.

69. ZEPF, S. : Grundlinien einer materialistischen Theorie psychosomatischer Erkrankung. Campus Verlag, Frankfurt/New York, 1976.